



CE STIM DESPRE
CORPUL NOSTRU? *profamilia*

femina copilul nostru

alimentație dietetică

FARMACIA

CASEI

VIRSTA A TREIA

SPORT ȘI SĂNĂTATE

adolescența

viața intimă

orizont

științific

panoramic



ENIGMA

RISOTERAPIA

Sănătatea



almanah

1990

Plante med. (bài) p 50

ALMANAHUL REVISTEI „SĂNĂTATEA“ 1990

DIN SUMAR

- Crucea Roșie română: Rein-torcere la rolul umanitar
- Acad. Ștefan MILCU: A devenit medicina o știință complexă?
- Radiografia actuală a stării de sănătate



• DIALOGURI DESPRE SĂNĂTATE

La întrebările redacției raspund acad. Constantin Anastasatu, conf. dr. Pompiliu Popescu, dr. Vasile Nițescu, dr. Virgiliu Ancăr, dr. Ion Tolea, prof. dr. Ludovic Paun, general-maior prof. dr. Gheorghe Niculescu, prof. dr. Nicolae Teleki, conf. dr. Marțian Cotrau, dr. Grigore Bușoi, conf. dr. Constantin Rusnac, conf. dr. Tadeus Pirozynsky, dr. Vasile Gradina, prof. dr. Gheorghe Pendefunda, doctor în științe biologice Mircea Alexan, conf. dr. Dumitru Dona, prof. univ. Ursula ȘCHIOPU



• SPECTACULOASA LUME A MICROSCOPULUI

Corpul uman - un univers miraculos dezvăluit de microscopul electronic. Reproduceri selectate din volumul „The Incredible Machine” editat de National Geographic Society.



• FAMILIA

Puncte de vedere ale unor cunoscuți medici și psihologi despre universul familiei. Dintre articole: Mai înainte de a spune „Da”; De la soție la mamă; Gelozia; Aptitudini și inaptitudini psihologice; Testul „Sinteți soțul (soția) ideal (ideală)?”; De la igiena locuinței la sănătatea familiei; Vacanțele.

• COPIII NOȘTRI: Repere în prevenirea și cronicizarea afecțiunilor la vârsta copilăriei și a pubertății semnate de cunoscuți medici pediatri. Între temele abordate: Măsuri igienico-dietetice la copiii diabetici, hepatici și rețali; Ergonomie școlară; Profilaxia cariei dentare; Pubertatea din unghi medico-pedagogic.



• GHID TERAPEUTIC DE MEDICINA NATURISTĂ în grupajul „Plante medicinale - izvoare de sănătate”.

• VÂRSTA A TREIA. Probleme de sănătate specifice, în atenția vîrstnicului și a familiei sale: După 50 de ani, Osteoporoza; Terapia medicamentoasă a glaucomului; Profilaxia reumatismelor de graniță; Îngrijirea vîrstnicilor cu deficite senzoriale.



• ORIZONT ȘTIINȚIFIC

De la meloterapie la teoria superstringurilor; Creierul, sexualitatea și reproducerea; Mezoterapia; Gelotologia; În căutarea li-ganților interni.

• HIPOCRATE SE AMUZĂ. Tradiționala rubrică a Almanahului revistei „Sănătatea” este realizată în acest an cu participarea cunoscuților umoriști Horia Șerbanescu, Alexandru Clenciu, Eugen Frunză, D.C. Mazilu, Fred Firea. Caricaturile sînt semnate de Ando, Viorel Sandu, Traian Furnea, Adrian Dragomirescu, Radu Bercea, Adrian Andronic, Theodor Ene, Horia Crișan, Virgil Tomuleț, Constantin Papuc.

• ENIGMA • CUVINTE ÎNCRUCIȘATE

CRUCEA ROȘIE ROMÂNĂ — REÎNTOARCERE LA ROLUL UMANITAR

Două inundații devastatoare, un cutremur de proporții și un genocid au marcat România în ultimii douăzeci de ani. Și tot de atâtea ori, în mijlocul atîtor suferințe, deși cu disponibilități materiale minime, oamenii au simțit sprijinul Crucii Roșii.

Născută acum 114 ani, într-un moment de cumpănă al neamului românesc, mai precis la 4 iulie 1876, Crucea Roșie română s-a legitimat pe cîmpurile de luptă și jertfă ale independenței țării prin eroismul tinerelor sale infirmiere voluntare. Anii ce au trecut — și mai ales cei din perioada dintre cele două războaie mondiale — au dovedit că ea a găsit mereu resurse să aline suferințe, să aducă o rază de speranță celor vitregiți de soartă.

Vocația ei umanitară și-o datorează cuprinderii în marea familie a mișcării mondiale de Cruce Roșie, ale cărei idealuri au găsit un fertil teren în sufletul acestui popor de atîtea ori greu încercat de soartă.

Prin Crucea Roșie română oamenii de bine dintotdeauna ai acestei țări au aspirat spre valori universale conținute în nobilele idei ale intrajutorării umane.

Dar, de-a lungul a mai bine de patru decenii, sensul misiunii Crucii Roșii române a fost din nefericire limitat și abătut de la aceste înalte idealuri. Ea a fost obligată în primul rînd să părăsească activitățile sale umanitare, să sprijine o politică demografică aberantă, să facă o educație sanitară unilaterală, sprijinind politica sanitară și

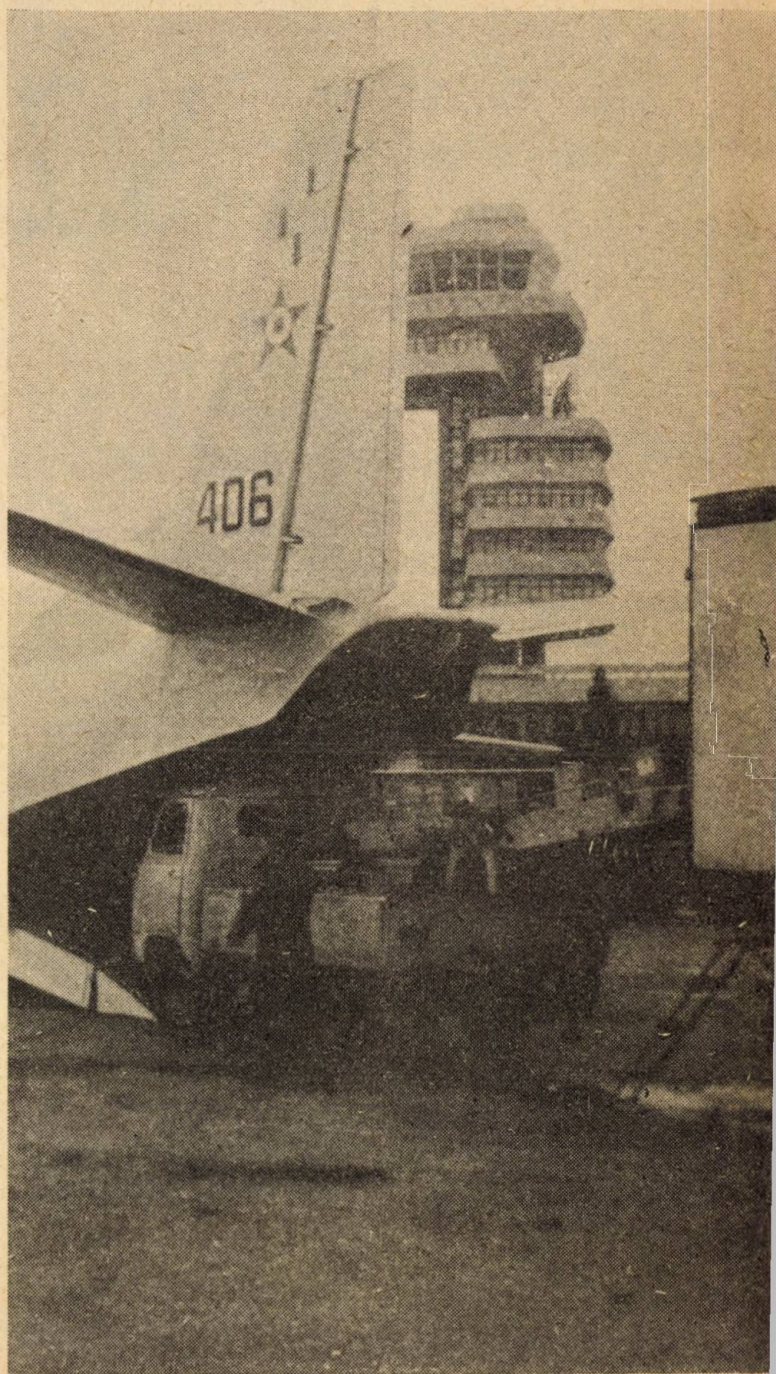




FOTO: Ing. NIC. HANU

socială a unui regim dictatorial, fiind în imposibilitate de a se dedica ajutorării oamenilor săraci, suferinzi, handicapați și neputînd folosi decît restrictiv mijloacele financiare pe care le avea.

Prin jertfa celor care și-au vărsat sîngele pentru doborîrea tiraniei și pentru libertate, Crucea Roșie română se poate întoarce astăzi la vocația ei tradițională, în consonanță cu preocupările tuturor societăților naționale similare, confirmîndu-și fidelitatea față de misiunea sa, așa cum reiese din Principiile Fundamentale ale Mișcării Mondiale de Cruce Roșie și Semilună Roșie.

Aceste principii au fost adoptate la cea de-a XX-a Conferință Internațională a Crucii Roșii, care a avut loc la Viena în anul 1965, la care au participat reprezentanți ai Comitetului Internațional al Crucii Roșii, Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, societăților naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie, precum și reprezentanți ai statelor semnatare ale Convenției de la Geneva din 1949:

UMANITATE

Născută din grija de a ajuta fără nici o discriminare răniții pe cîmpurile de luptă, Crucea Roșie, sub aspectul său național și internațional, se angajează să prevină și să aline, în toate circumstanțele, suferințele oamenilor. Ea tinde să protejeze viața și sănătatea acestora, precum și de a face să fie respectată persoana umană. Ea favorizează înțelegerea mutuală, prietenia, colaborarea și o pace durabilă între popoare.

IMPARȚIALITATE

Crucea Roșie nu face nici o distincție de naționalitate, de rasă, de religie, de condiții sociale și de apartenență politică. Ea se dedică numai ajutorării indivizilor pe măsura suferințelor lor și acordă ajutor prioritar celor mai urgente nenorociri.

În scopul păstrării încrederii tuturor, Crucea Roșie se abține întotdeauna să ia parte la ostilități și la controverse de ordin politic, rasial, religios și filozofic.

INDEPENDENȚĂ

Crucea Roșie este independentă. Auxiliare ale guvernelor lor în activitățile umanitare și supuse legilor ce guvernează țările respective, societățile naționale trebuie totuși să-și păstreze o autonomie care să le permită să acționeze întotdeauna numai după principiile Crucii Roșii.

CARACTER BENEVOL

Crucea Roșie este o instituție de ajutor voluntar și dezinteresat.

UNITATE

Într-o țară nu poate exista decît o singură Societate de Cruce Roșie. Ea trebuie să fie deschisă tuturor și să-și desfășoare acțiunea sa umanitară pe întreg teritoriul.

UNIVERSALITATE

Crucea Roșie este o instituție universală în cadrul căreia toate societățile naționale au drepturi egale și datoria de a se intrajutora.



Din perspectiva acestor principii și a timpului pe care îl trăim, Crucea Roșie română își propune să ajute oamenii în suferință. Începutul a fost făcut în focul Revoluției, cind surori de Cruce Roșie, echipe ale grupeilor sanitare, voluntari ai organizației au acordat primul ajutor ranților, au fost în primele rinduri ale donatorilor de singe, au împartit hrană celor aflați în luptă. De asemenea, în contul „Libertatea - 1989” Crucea Roșie română a depus 20 milioane de lei.

Și tot din primele ore ale Revoluției întreaga lume a Crucii Roșii și în special societățile naționale din Europa au fost alături de noi. Uneori cu prețul vieții, pentru că s-a tras și în convoaiele de camioane ce transportau ajutoare internaționale de urgență, ignorîndu-se însemnul Crucii Roșii, încălcîndu-se flagrant prevederi ale Dreptului Internațional Umanitar.

Un flux neîntrerupt de ajutoare sosite pe calea aerului, pe mare și pe artere rutiere s-a constituit într-un adevărat simbol al intrajutorării guvernate de spiritul caritabil al celei mai cuprinzătoare organizații internaționale umanitare.

Comitetul Internațional al Crucii Roșii, Liga Societăților de Cruce Roșie și Semiluna Roșie, precum și societățile

naționale de Cruce Roșie din Austria, Anglia, Belgia, Bulgaria, Cehoslovacia, Danemarca, Elveția, R.F. Germania, R.D. Germana, Finlanda, Franța, Grecia, Irlanda, Italia, Iugoslavia, Japonia, Luxemburg, Olanda, Norvegia, Polonia, Spania, Suedia, S.U.A.,



Ungaria, U.R.S.S., precum și societățile naționale de Semilună Roșie din Iran și Turcia au trimis ajutoare de urgență constînd din antibiotice, analgetice, anestezice, singe și derivate din singe, echipament medical, material sanitar, alimente, îmbrăcăminte.

Convoaie de camioane, garnituri de trenuri, vapoare și avioane s-au îndreptat cu rapiditate spre România eroică.

Dar suferințelor memorabilelor zile de decembrie li se adaugă dureros cele acumulate în timp prin „alimentație științifică”, „politică demografică profund patriotică”, „grijă permanentă pentru sănătatea și nevoile sociale ale populației”, traduse toate prin indicatori ce ne situează pe ultimul loc în statisticile Europei. Copiii în general, cei din leagăne și case de copii preșcolari și școlari în special, vîrstnicii fără familie, handicapații constituie categorii grav afectate de toate aceste „binefaceri”. De aceea, odată încheiat ajutorul de urgență, privirile se îndreaptă spre aceste colectivități și categorii, care de fapt trebuie tot urgent ajutate. Și tot sub imperiul urgenței educația sanitară trebuie să se îndrepte spre problemele reale de sănătate, spre prevenirea și limitarea bolilor cu mare răspîndire în rîndul populației.

În momentul în care trimitem spre tipar ultimele articole din „Almanahul revistei Sănătatea 1990”, acesta este programul de viitor al Crucii Roșii române, program ce va fi realizat cu sprijinul Ligii Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie.

A DEVENIT MEDICINA O ȘTIINȚĂ COMPLEXĂ?



Academician Ștefan MILCU
președintele Consiliului de conducere
al revistei „Sănătatea”.

competențe prin asimilarea în specific a științelor naturii, în primul rând a chimiei, fizicii, bacteriologiei, a biologiei și patologiei cerebrale. În secolul al XX-lea, acest proces a continuat excesiv și accelerat, îndeosebi începând din a doua jumătate a secolului, prin asimilarea biologiei moleculare, a geneticii, teoriei sistemelor, a informaticii și tehnologiei electronice.

Gândirea obiectivă, cu expresia ei metodologică, a pătruns din ce în ce mai adânc în medicina clinică și experimentală, situând medicina într-o categorie apropiată și într-o măsură discutabil identică cu o știință a naturii. Este caracteristica din acest punct de vedere afirmația unui teoretician al medicinei: „Medicina nu poate fi recunoscută ca o știință, decît în măsura în care a devenit o știință a naturii” (Naunyn).

Se poate aprecia pozitiv această exigență, deși este incompletă și necorespunzătoare, pentru că medicina nu poate fi definită numai ca o știință a naturii, întrucît este o știință a omului sănătos și bolnav, definit ca o știință biosocială. Se detașează astfel necesitatea de a defini medicina ca o știință complexă, biologică și socială în același timp. Se poate înțelege prin această ultimă componentă exigența umanistă a practicii medicale. Unul din fenomenele foarte discutabile ale procesului de transformare a medicinei în fața invaziei tehnologice l-a constituit și scăderea pînă la pierdere componentei social-umane.

Se detașează din acest scurt comentariu caracterul complex al științelor medicale, în care a intervenit și „omul”, asupra căruia se exercită. Componenta social-umană se impune deci și ca o condiție care asigură conduita etică.

Acest proces de transformare a unei profesii milenare într-o știință nu este terminat. Răspunsul la întrebarea formulată la începutul acestui eseu nu este decît al unui proces în plină desfășurare.

Medicina devine, în epoca contemporană, o știință complexă, care impune o nouă gândire a proceselor de sanătate și morbiditate, reconsiderarea formelor de învățămînt și aspirația spre formarea de specialiști capabili să aplice tehnologia modernă, respectînd codul comportării umaniste.

A devenit medicina în perioada actuală o știință complexă? Este o întrebare din cele mai tulburătoare ce se impune gândirii și deciziei noastre. Problema este deosebit de dificilă, dar discutarea ei este necesară, pentru că aprecieri deosebite au caracterizat-o contradictoriu și nu rareori speculativ. Vom cita în acest sens caracterizări, făcute chiar de medici, ca fiind o meserie, pentru alții o profesie, pentru profani un ansamblu de practici codate tradițional și transmise din generație în generație și, într-o recentă perspectivă, ca un complex de științe, așa cum o arată și unele nomenclaturi academice.

Ar fi inutil și o pierdere de vreme să comentăm pozitiv sau negativ aceste caracterizări, cu excepția ultimei, care situează medicina ca o știință.

Această caracterizare este de primă instanță, pentru că în generalitatea ei medicina trebuie să apere sănătatea omului și a populațiilor umane, să lupte împotriva suferințelor morbide și amenințarea morții. Este evident că obiective atât de exigente și angajante nu pot fi rezolvate decît în măsura în care medicina a devenit o știință. Evoluția medicinei, începînd din secolul al XVII-lea, a dobîndit treptat noi

RADIOGRAFIA ACTUALĂ A STĂRII DE SĂNĂTATE

Ultimul Breviar de statistică sanitară primit în redacție de la Centrul de calcul și statistică sanitară a Ministerului Sănătății datează din anul 1983. De opt ani, deci, redacția nu a dispus de indicatori - nici măcar aproximativi - cu privire la starea de sănătate, incidența unor afecțiuni, mortalitatea generală și infantilă, baza tehnico-materială, investiții pentru sănătate etc. De altfel, nici acest Breviar nu era utilizabil atita timp cit statisticile comparative realizau topuri incorecte, comparind situații înregistrate în Europa în anii 1976 cu cele din țara noastră din 1981. Concepute în felul acesta, statisticile ne situau la principalii indicatori - natalitate, mortalitate generală, spor natural, mortalitate infantilă, asigurare cu paturi etc. - undeva, spre mijlocul clasamentului european.

Era, evident, o trucare grosolană după formula „statistica este o știință care poate dovedi orice!”

Așa încit, la începutul acestui an, dorind să știm în ce direcții trebuie să ne îndreptăm atenția pentru a contribui efectiv la educarea sanitară a populației și la prevenirea principalelor pericole de îmbolnăvire, l-am ascultat cu deosebită atenție pe dl. **prof. univ. dr. Dan Enăchescu**, ministrul sănătății, vorbind în fața reprezentanților Mișcării Mondiale de Cruce Roșie și ai presei.

Datele furnizate de către domnia sa sînt zguduitoare.

Așadar, care sînt problemele **reale** de sănătate?

- Cea mai mare mortalitate maternă din Europa.

- Cea mai mare mortalitate juvenilă din Europa.

- Cea mai mare rată de creștere a bolilor cardiovas-

culare din Europa.

- Cele mai mici investiții pentru sănătate din Europa, pe locuitor, raportate la venitul național brut.

- Echiparea submediocră a unităților sanitare cu aparatură și medicamente, în po-

fida unui nivel corespunzător de pregătire medicală a personalului sanitar.

În limbajul statistic, situația se prezintă astfel:

Mortalitatea infantilă la 1 000 copii

1948	1955	1965	1971	1983	1985	1988	1989	(11 luni)
142,7	78,2	44,1	34,7	23,9	25,6	25,3	27,8	

Morbiditatea

Afecțiunea	Număr de cazuri (afecțiuni)	
	După datele anchetei Centrului de calcul și statistică sanitară din 1989	După evidențele dispensarelor medicale
Diabet zaharat	502 000	118 000
Anemii	1 115 000	37 000
Cardiopatie ischemică	2 917 000	576 000
Boli cerebro-vasculare	318 000	49 000
Boli pulmonare obstructive cronice	646 000	102 000
Boala ulceroasă	484 000	136 000
Hepatite cronice, ciroze	435 000	68 000

Durata medie de viață

1932	1956	1964—1967	1976—1978	1982—1984	1987—1988
42,01	63,17	68,51	69,82	69,77	69,27

Sînt date, desigur, incomplete, dar suficiente pentru a ne îngrozi de dimensiunea dramei sănătății publice.

Cum, în cit timp și cu ce mijloace se va putea redresa o asemenea situație dezastuoasă provocată dintr-o iresponsabilă dorință de a ascunde adevărul?

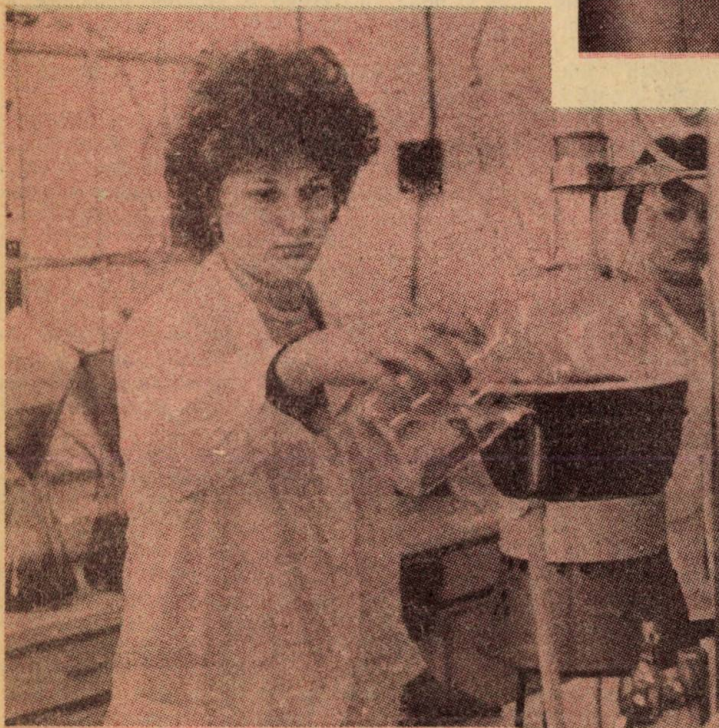
Oricît de mari și oricît de generoase vor fi ajutoarele pe care le vom primi din străinătate prin intermediul

Crucii Roșii și al Organizației Mondiale a Sănătății este evident că nu se va putea îmbunătăți nimic fără un efort social convergent și fără fondurile necesare. Dar și fără o angajare responsabilă a personalului medico-sanitar, o colaborare reală cu principalii factori de răspundere la nivel guvernamental și o cooperare a întregii populații.

Cristian IONESCU



**DIALOGURI
DESPRE
SĂNĂTATE**



ADEVĂRATA FAȚĂ A TUBERCULOZEI

Interviu cu acad. Constantin ANASTASATU,
președintele Societății de pneumologie și fti-
ziologie

● S-au împlinit aproape 25 de ani de cînd, în mod eronat, obligați de dictatura ceaușistă, ne-am deformat realitatea, gîndind tuberculoza ca boală eradicată sau în curs de eradicare, urmare a „condițiilor deosebite de viață și de trai”. Statisticile timpului, măsluite și raportate la OMS, au ascuns ani în șir lumii întregi adevărul despre tuberculoză. Ce reprezintă ea în general, dar mai ales la noi în țară?

- Mai întîi aș dori să precizez că specialiștii din Institutul de ftiologie și din țară nu au considerat că tuberculoza ar fi fost o boală eradicată. Este însă adevărat că înainte cu mai mulți ani s-a vorbit despre posibilitatea unei asemenea eradicări și pe plan mondial și la noi în țară, dar o eradicare propriu-zisă nu a fost realizată nici în țările cele mai avansate din apus și cu atît mai puțin în țările est-europene și în curs de dezvoltare. De fapt, s-a creat atunci o confuzie între posibilități - mai exact dorințe - și realitate. Confuzia a convenit conducerii dictatoriale de tristă amintire, care a găsit în ea o justificare a limitării fondurilor și a restrîngerii înzeștrării și cadrelor din rețeaua de specialitate.

Pentru a adapta cit mai mult realitatea la „teoria eradicării” s-a ajuns chiar la camuflarea unor cazuri de tuberculoză, care - deși primeau tratamentele necesare - nu mai erau luate în evidență, ci erau doar ținute „în observație” sau „în supraveghere” fără „a încarca” incidența (morbiditatea). După concepția originală a cabinetelor 1 și 2, potrivit careia dacă vrei să lichidezi o boală incomodă trebuie să nu mai vorbești despre ea, cuvîntul **tuberculoză** devenise un cuvînt tabu, iar informarea și educația sanitară a populației despre această boală fusese redusă la zero.

În realitate, tuberculoza continuă să fie și la ora actuală o mare și gravă problemă de sănătate. S-a evaluat că în lume se produc anual cel puțin 3 milioane de noi îmbolnăviri cu bacili în spută (deci contagioasă), plus încă 4 milioane fără bacili în spută, deci mai puțin contagioasă. Numarul total al bolnavilor existenți (prevalența) care contribuie la răspîndirea bolii trece de 15 milioane, din care majoritatea în

țările în curs de dezvoltare. În țara noastră, după datele oficiale, incidența anuală a tuberculozei a fost în 1989 de 63,4‰, în creștere cu 13,6% față de situația din 1985. În cifre absolute, 14 678 de cazuri noi de boală în 1989 față de 12 676 în 1985. După calcule neoficiale, s-a estimat o incidență în jur de 70‰, adică cu 10% mai mare decît cea oficială, dar încă sub realitate, avînd în vedere și cazurile încă nediagnosticsate.

Menționez că în țările europene, tot după date oficiale sub realitate (din ultimii ani), incidența tuberculozei variază între 5‰ în Danemarca și 55‰ în Polonia.

● Care sînt grupele de vîrstă mai afectate și ce factori cauzali și de risc contribuie la apariția boli, pe lîngă subnutriție și condițiile precare de igienă și viață?

- Grupele de vîrstă cele mai afectate de tuberculoză sînt cele între 20 și 36 de ani, cunoscute de altfel de mult ca fiind cele mai sensibile față de această boală („vîrsta fiziologică”). Este afectată, de asemenea, vîrsta copilăriei 0-14 ani, mai ales vîrsta copilului mic 0-3 ani. În privința tuberculozei la copil datele noastre - chiar cele oficiale (incidența în 1989 a fost 9,3‰ copii) - ne plasează tot în urma țărilor europene (sub 5-1‰ copii).

Factorii cauzali și de risc de îmbolnăvire tbc, deși în ultimele decenii nu au putut să fie studiați cu date exacte din cauza interdicției unor asemenea studii, constau în principal în subnutriția cronică și condițiile precare de viață menționate, și de dv., dar în mod special și în lipsa de căldură, în locuințe insalubre, în extenuarea fizică și oprimarea psihică la care a fost expusă majoritatea populației în perioada dictaturii și care au dus la scăderea rezistenței organismului.

La acestea se adaugă, desigur, și condițiile care au favorizat răspîndirea bacilului tuberculozei (microbacterium tuberculosis), agentul etiologic specific al bolii: aglomerări, migrații de populație, navetism etc. Cunoașterea și rezolvarea treptată a tuturor acestor factori cu caracter social-economic și psiho-social va crea premisele necesare pentru o mai rapidă soluționare a bolii ca atare.

● După cît se știe, tratamentul este de lungă durată, se face în unități sanitare specializate și nu conferă vindecare decît numai în anumite cazuri și condiții. Prezentăți-l, vă rog.

- Tratamentul tuberculozei, bazat în primul rînd pe administrarea de medicamente antituberculoase (tuberculostatice), este în prezent incomparabil mai eficient decît în trecut. În cazuri cu leziuni limitate pulmonare sau cu alte localizări sau chiar în leziuni mai avansate un tratament sistematic cu Isoniazidă, Rifampicină (sau Sinerdol), Pirazinamidă și Streptomycină poate să ducă în cîteva săptămîni la negativarea sputei și în alte cîteva săptămîni la rezorbția leziunilor și închiderea cavernelor, adică practic la vindecarea în proporție necu-

noscută înainte, de peste 90% din cazuri și într-un interval de timp relativ mai scurt decât altădată, de 6-9 luni de zile.

Păcatul este că mulți bolnavi se prezintă însă tardiv la medic, după ce s-au compromis amindoi plămîinii, iar cînd încep tratamentul aproape 30% din ei nu iau cu regularitate medicamentele sau întrerup complet medicația înainte de vreme. În aceste condiții, desigur, se instalează o rezistență a bacililor față de tuberculostatic, boala se cronicizează și rezultatele sînt cu mult mai slabe decît cele susmenționate.

De aceea, în orice tratament este obligatoriu să asigurăm administrarea regulată a medicației, ceea ce se cheamă TSS sau „tratament strict supravegheat”, atît prin lămurirea (sau motivația) bolnavilor cît și printr-o atenție sau chiar strictețe deosebită în acordarea medicamentelor sub ochii personalului medico-sanitar.

• **Ce sumă se alocă în trecutul regim pentru medicamente și pentru alimentația suferindului de tbc din spital? Ce efecte au avut lipsa de medicamente și alimente în tratarea bolii?**

- Sumele alocate pentru medicamentele și alimentația bolnavilor de tuberculoză pot fi mai în detaliu aflate de la Ministerul Sănătății, dar ele erau în orice caz sub limita minimului necesar. Mai grav era faptul că nu se găseau întotdeauna medicamentele și alimentele de care era nevoie.

Regimurile de chimioterapie sau tratament bazate pe cele 4 medicamente esențiale menționate mai înainte, regimuri puse la punct prin cercetări de mai mulți ani la Institutul de fiziologie, nu au putut să fie introduse la timp și aplicate pe scară largă, în special în ultimii ani, din lipsa cînd a unuia cînd a altuia sau altora dintre medicamentele respective. Lipsurile s-au datorat atît carenței propriu-zise a medicamentelor cît și a unei distribuții deficitare.

Aplicîndu-se în mod incomplet și neregulat, multe tratamente au dus la cronicizarea cazurilor, la creșterea rezistenței față de medicamente, la scăderea rezultatelor bune scontate.

Se impune, deci, de urgență, remedierea situației și această remediere este deja pe cale de a fi realizată.

Problema carenței de alimente este destul de bine cunoscută pentru a nu mai insista asupra ei.

• **Vă rugăm să ne spuneți dacă există un Program de combatere a tuberculozei și care este rolul rețelei de fiziologie în acest angrenaj.**

- Există un asemenea Program de prevenire și combatere a tuberculozei în cadrul Ministerului Sănătății, program care va trebui îmbunătățit și susținut cu toate eforturile, atît de rețeaua de specialitate cît și de rețeaua sanitară generală. Prima este materializată la nivelul dispensarelor tbc și a unităților cu paturi

pentru tuberculoză; a doua - la nivelul dispensarelor medicale care au integrate în activitatea lor și acțiunile de luptă antituberculoase. Este în curs de apariție și un ordin special al Ministerului Sănătății care, cu revizuirile respective, reglementează aplicarea programului. Sînt posibile, desigur, și alte noi reglementări.

Rolul rețelei de fiziologie este să fundamenteze prin cercetări teoretice și practice Programul antituberculos și să conducă realizarea efectivă a acestuia în teren cu ajutorul întregii rețele sanitare.

Sarcinile de îndrumare metodologică și asistență tehnică în teren revine în continuare Institutului de fiziologie, care va trebui să-și reînnoiască metodele de lucru în pas cu programul general al societății din actuala perioadă.

• **Cum vedeți ieșirea din acest impas și ce sprijin sub aspect social pot acorda filialele de Cruce Roșie cît și alte organisme?**

- Ieșirea din impas se va realiza prin antrenarea efectivă a tuturor în aplicarea Programului de prevenire și combatere a tuberculozei. Printre cei care pot să contribuie la lămurirea populației prin muncă perseverentă de educație sanitară sau chiar prin participare la unele măsuri de profilaxie și tratament se numără, desigur, și filialele de Cruce Roșie, ca și alte organisme ce-și vor oferi participarea lor. Credem că va trebui inițiată o discuție specială pe această temă, cu toate mijloacele mass-media (presă, radio și televiziune). Oricum, revista „Sănătatea” și almanahul său se pot socoti în continuare ca importante mijloace de informare și educație sanitară a populației.

Dr. George M. GHEORGHE

BOLILE CARDIOVASCULARE AZI

Interviu cu dl. conf. dr. POMPIIU POPESCU
secretarul Societății de cardiologie

- În ultimul timp, așa cum arată și statisticile O.M.S., a crescut numărul de cazuri de îmbolnăviri dar mai ales de mortalitate, atît în lume cît și la noi în țară, prin afecțiunile cardiovasculare, care se pare că ar ocupa locul III pe mapamond, după cancer și accidente de circulație. Detaliați-ne, vă rugăm, acest aspect.

— Dacă se ia în considerare mortalitatea determinată de diferite boli, se poate afirma că principala cauză de deces în țările cu dezvoltare economică mare sau medie o constituie bolile cardiovasculare și în principal cardiopatia ischemică, aceste boli situându-se înaintea bolilor de natură canceroasă. Astfel, dacă ne-am mărgini numai la S.U.A. (unde datele statistice sînt demne de încredere), se constată că peste 550 000 de decese pe an sînt determinate de cardiopatia ischemică, în timp ce decesele datorate tuturor tipurilor de cancer sînt mai puțin de 500 000 locuitori pe an. Totuși, este bine de reținut faptul că în ultima vreme în această țară se constată un declin constant în ce privește mortalitatea prin această boală, în buna măsură datorită îmbunătățirii mijloacelor de diagnostic precoce, prin măsuri educative, socio-economice și terapeutice adecvate. Așadar, un aspect îmbucurător, rod al unei înțelegeri sanitare adecvate. Din păcate, la noi în țară rata mortalității prin boli cardiovasculare se menține ridicată, tristă moștenire a regimului ceaștit dictatorial, reprezentînd prima cauză de decese la nivel național. Totodată, mai țin să adaug că, în general, datele noastre statistice lasă încă de dorit din punct de vedere al modului cum s-au alcătuit. (Cauzele sînt multiple și nu are rost să le discutăm în acest cadru).

— Ani și ani de zile ne-am obișnuit cu ideea stereotipă că aceste afecțiuni sînt apănajul vieții moderne și că factorii de risc, precum alcoolul și tutunul sînt incriminați în apariția lor, îndeosebi la perioada de vîrstă 40—50 ani. De tîneret nici nu prea se discuta, ca și cum acesta nu se putea confrunta cu aceste boli. Care este adevărul?

— Fără îndoială că factorii de risc la care faceți aluzie — creșterea colesterolului, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, obezitatea, sedentarismul, factorul genetic, stress-ul — au un rol important în producerea cardiopatiei ischemice. Trebuie subliniat faptul că după unele cercetări se pare că boala debutează timpuriu (uneori chiar la vîrsta copilăriei sau adolescenței), dar nu se manifestă prin semne și simptome decît mai tîrziu, de obicei după 40 de ani. Într-un fel, vîrsta reprezintă și ea un factor de risc: cu cît este mai înaintată cu atît riscul crește. Menționăm și faptul că în ultima vreme se constată și la noi în țară o creștere a incidenței bolii la vîrste tinere. Important este de a descoperi semnele foarte precoce ale bolii, mai de grabă „markerul” la adolescenți și tineri, deziderat neîndeplinit încă, dar cercetările care se desfășoară în acest domeniu s-ar putea să aducă date noi, folositoare profilaxiei bolii.

— Dacă „bătrîna” hipertensiune arterială, deși încă frecventă în rîndul populației, a devenit o prezență acceptată, cu sau fără o medicație de specialitate, alte afecțiuni precum cardiopatia ischemică, insuficiențele cardiorespiratorii, bolile arteriale și venoase

periferice, necesită o medicație complexă, uneori mai greu de procurat din farmacii. Pe de altă parte, depistate tardiv, aceste boli sînt și mai greu de tratat. Iată pentru ce vă adresăm rugămîntea de a prezenta cîteva din semnele mai caracteristice ale principalelor boli cardiovasculare.

— Voi încerca să schițez simptomele inițiale ale principalelor boli cardiovasculare, pe care se bazează diagnosticul precoce.

Hipertensiunea arterială este boala cea mai frecventă dintre acestea. Important este faptul că ea este asimptomatică o perioadă destul de lungă și, în consecință, pacientul respectiv nu consultă medicul, considerîndu-se sănătos. Diagnosticul este foarte simplu, bazîndu-se pe măsurarea presiunii arteriale. Pentru a depista boala în această fază, controlul presiunii arteriale trebuie făcut ori de cîte ori se ivește ocazia: control medical la angajare, la examenul prenupțial, pentru carnet de conducere auto, controlul de sănătate periodic la întreprinderi, cu ocazia oricărui consult pentru orice boală din toate specialitățile (oftalmologie, O.R.L., ginecologie, gastroenterologie, extracție dentară etc.).

Cardiopatia ischemică (cu forma cea mai comună — angina de piept) are simptome tipice: durere în piept (apăsare, constricție, arsură) apărută la un efort (mersul de obicei), la emoții sau temperatură scăzută, cu sau fără iradiere spre baza gîtului, în ambele brațe sau brațul stîng. Durerea dispăre odată cu încetarea factorului declanșant sau după administrarea de Nitroglicerina.

Electrocardiograma (ECG) poate confirma diagnosticul. Dar, atențiune, ECG-ul poate fi negativ deși simptomele sînt tipice dacă ECG-ul este făcut în lipsa durerii. Mai important este, așa cum spuneam mai înainte, să descoperim forma latentă a bolii (adică orice individ cu factorii de risc amintiți trebuie să facă controale medicale repetate).

Bolile cronice ale aparatului respirator (bronșită cronică, emfizem pulmonar, astm bronșic, sechele t.b.c., cord pulmonar cronic) cu timpul afectează ventriculul drept al inimii și ceva mai tîrziu consecința este apariția semnelor de insuficiență cardiacă. Deci boala evoluează în 2 timpi: primul pulmonar, al doilea cardiac. În consecință, trebuie tratate corect bolile pulmonare cronice amintite.

Arteriopatia cronică obstructivă periferică este în marea majoritate a cazurilor de natură aterosclerotică și localizată mai ales la membrele inferioare. Simptomul major este durerea în gambă sau coapsă apărută în mers după o anumită distanță sau în funcție de ritmul de mers. Dispare dacă bolnavul intrerupe mersul. Cu cît distanța de mers la care apare durerea este mai mică, cu atît boala este mai avansată.

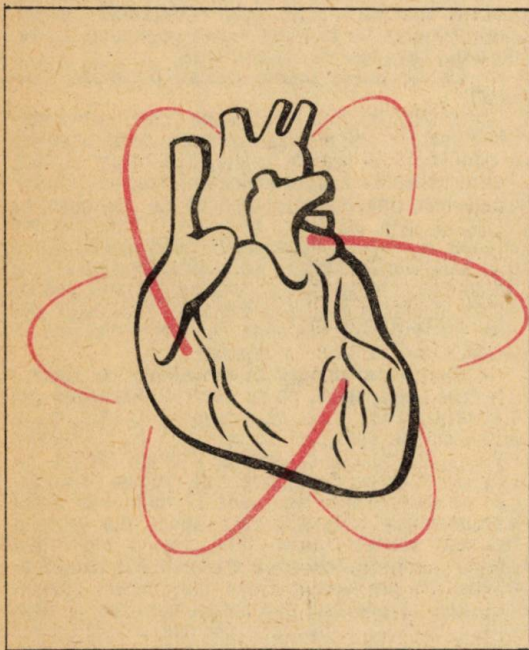
Varicele și flebitele sînt boli venoase localizate mai ales la membrele inferioare, fiind ușor de recunoscut: dilatarea venelor, umflături (edeme) ale gambelor și picioarelor, mai

ales după statul în picioare mai prelungit, uneori dureri și inflamații locale. Descoperirea și tratarea lor în fazele inițiale evită complicațiile. Gimnastica medicală, ciorapii elastici speciali aduc în multe cazuri rezultate favorabile.

— Multe din bolile congenitale cardiace la copii, pe lângă elementele de genetică, mai poartă amprenta și disperatelor încercări de întrerupere de sarcină făcute de către mame, uneori ele însele cardiace, în regimul dictatorial de sinistră amintire. Care sînt aceste maladii și ce semne de recunoaștere le trădează identitatea?

— Așa cum ați afirmat, bolile congenitale au cauze multiple, printre care și administrarea unor medicamente interzise în timpul sarcinii.

Cardiopatiile congenitale pot fi descoperite uneori imediat după naștere, mai ales cele cu cianoză, boala albastră, culoarea vinată-albăstrie a pielii copilului, mai evidentă pe față și extremități. Unele cardiopatii congenitale sînt recunoscute mai târziu, prin examenul clinic cardiac, electrocardiografic, radiologic, ecocardiografic etc. De multe ori o cardiopatie congenitală se poate asocia cu alte anomalii congenitale extracardiace ușor recunoscute.



— Ce posibilități de tratament eficient există în prezent în rezolvarea acestor afecțiuni și cît timp durează terapia?

— Tratatul depinde de tipul de boală congenitală cardiacă, importanța efectelor cardiace și numărul lor (la același copil pot fi mai multe anomalii cardiace). Unele, cu defecte mi-

nore, sînt compatibile cu o viață normală sau cu unele „îngrădiri” în activitatea fizică. Altele necesită controale periodice cardiace și profilaxia unor complicații. Progresele spectaculare ale chirurgiei cardiace au dus la stabilirea unor tehnici operatorii care pot schimba în bine evoluția bolii respective.

— În ce constă regimul igienico-dietetic al bolilor cardiovasculare și cînd se recomandă factorii balneoclimaterici?

— Regimul igienico-dietetic depinde de boala cardiacă (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, insuficiență cardiacă etc.). Deci este nuanțat și se referă la: gradul de efort fizic admis, controlul greutății corporale, eventuala reducere a consumului de sare (hipertensivi, insuficiență cardiacă), reducerea consumului de grăsimi animale și alimente ce conțin colesterol (la cei cu hipercolesterolemie), respectarea regimului prescris pentru cardiopatii diabetice, reducerea numărului de calorii la obezi etc. Tratatul bolnavului trebuie indicat de medicul specialist în unele boli ca hipertensiunea arterială și boli vasculare periferice. În ce privește tratamentul balneoclimateric, indicațiile vor fi strict individualizate în funcție de boală.

— Dacă profilaxia rămîne o măsură necesară în prevenirea acestor boli încă din anii copilăriei, în ce constă ea?

— Este clar că este mai ușor să previi decît să tratezi o boală. Atunci cînd vorbim de profilaxie, trebuie să ne referim la două forme: **profilaxia primară**, care cuprinde măsuri preventive pentru a evita apariția bolii și **profilaxia secundară**, care se aplică la cei care sînt deja bolnavi, dar la care se iau măsuri pentru ca boala să nu se agraveze, să se evite complicațiile.

În profilaxia primară (cea mai importantă) se impune: informarea prin toate mijloacele a publicului larg asupra modalităților de prevenire ale acestor boli. Sînt necesare programe educaționale privind stilul de viață, modul de alimentație, rolul practicării exercițiilor fizice și a diferitelor sporturi, atragerea atenției asupra rolului nociv al fumatului și abuzului de alcool, o igienă adecvată a vieții, cu un echilibru corespunzător între activitatea lucrativă, de relaxare și odihnă. Rolul educației, începînd cu familia, continuînd cu școala, universitatea și întreprinderea, este de neîndoielă.

— Ce trebuie făcut pentru îmbunătățirea asistenței medicale cardiologice?

— În primul rînd o evaluare statistică, bine fundamentată, pe baza unor studii populaționale făcute de medici specialiști și statisticieni pentru a cunoaște mai bine morbiditatea și mortalitatea prin boli cardiovasculare în țara noastră, apoi creșterea numărului de medici specialiști cardiologi, o mai bună dotare cu aparatură necesară investigațiilor cardiovasculare și eforturi pentru a avea la îndemînă medicamentele necesare.

Dr. Gheorghe MARIN

UN DREPT REDOBÎNDIT DUPĂ 23 DE ANI

Interviu cu dr. Vasile NÎTESCU, doctor în științe medicale, Spitalul clinic obstetrică-ginecologie „Gh. Polizu”

Prin Decretul din 26 decembrie 1989 s-a redobândit demnitatea umană, abrogându-se decretul de tristă amintire nr. 770/1966 privind întreruperea cursului normal al sarcinii, ca și alte ordine și dispoziții privind aplicarea lui. Draconicul decret a transformat femeile în potențiale infractoare, a invalidat și a dus la decesul unui mare număr dintre ele. Ziua de 7 martie 1984, prin hotărârea impusă de ceaușești, a însemnat cea mai brutală încălcare a dreptului familiei, al femeii de a hotărî asupra produsului de concepție, prin impunerea plafonului de vîrstă de 45 de ani și a unui număr de cinci copii drept condiții pentru efectuarea întreruperilor legale a cursului sarcinii. Sub povara unei asemenea reglementări, femeile disperate recurgeau la tot felul de manevre abortive, soldate cu grave complicații invalidante sau decese. În 23 de ani tributul acestei legislații înseamnă peste 9 000 de femei decedate și peste 20 000 de copii rămași orfani în urma acestor decese. După 23 de ani de cumplite suferințe pentru femei, prin decretul din 26 decembrie 1989 femeia își redobîndește demnitatea, avortul la cerere lichidînd practica periculoasă a avortului clandestin și punînd la dispoziția femeii gravide condiții civilizate, medicale și sociale, pentru întreruperea cursului sarcinii.

— Ce trebuie să știe gravida care vrea să facă întreruperea cursului sarcinii?

— Gravida se prezintă la spitalul teritorial cu bilet de trimitere obținut în urma consultului de specialitate în policlinică, unde i se stabilește vîrstă gestațională. De asemenea, ea se poate prezenta direct la spital, unde este examinată și programată pentru intervenție. Trebuie reținut faptul că indicația de întrerupere a cursului sarcinii se face în primele trei luni de sarcină. Rezolvarea practică constă fie prin internare, cu întocmirea fișei de observație clinică, dacă gravida rămîne mai mult de 24 de ore în spital, fie prin supraveghere clinică timp de 4-5 ore după intervenție, în cazul evoluției favorabile permițîndu-se părăsirea spitalului. Precizez că modalitatea întreruperii cursului sarcinii cu internare sau ambulator se stabilește de medic în funcție de fiecare caz, obligativitatea de internare a cazurilor cu risc impunîndu-se.

— Care este situația gravidelor cu o vîrstă gestațională mai mare de trei luni?

— Pe baza certificatelor medicale doveditoare că evoluția în continuare a sarcinii pune în pericol viața femeii, a produsului de concepție sau că există o malformație fetală confirmată, medicul șef de secție al spitalului teritorial, cu avizul medicului director, certifică oportunitatea întreruperii cursului sarcinii.

— Există și posibilitatea apariției unor complicații în special în cazul unor avorturi repetate?

— Într-adevăr, avorturile repetate și la intervale relativ scurte de timp pot duce la o serie de complicații. Ele pot determina sterilitate secundară, care influențează starea psihonervoasă și buna înțelegere a copilului familial, creînd neputința de a avea un copil la momentul dorit. Inflamațiile utero-anexiale — în multe cazuri urmări ale avortului efectuat la cerere — influențează negativ starea de sănătate a femeii. Aceste fenomene inflamatorii pot fi răspunzătoare și de o patologie crescută în perioada de gestație și la naștere, cum ar fi: inserție joasă a placentei, dezipire prematură a placentei, apoplexie utero-placentară, tulburări de contractilitate uterină la naștere, expulzia incompletă a placentei, nașteri premature, avorturi spontane, sarcină ectopică. La femeia tină, întreruperea cursului sarcinii poate determina tulburări ale glandelor endocrine. Astfel, blocarea reflexă a hipofizei anterioare duce la sterilitate, tulburări hormonale (oligomenoree — menstruație rară; hipomenoree — menstruație redusă; amenoree — absența menstruației). O altă complicație este dată de chiuretajul cavității uterine abraziv, care poate determina sinechia uterină (lipirea mucoasei uterine), răspunzătoare de tulburări neuro-vegetative, cu reducerea sau absența menstruației.

— Ce ne puteți spune despre perforația uterină?

— Am lăsat la urmă hemoragiile și perforațiile uterine deoarece acestea reprezintă accidente imediate majore. Dacă în general hemoragiile se pot rezolva prin mijloace farmacodinamice sau manevre chirurgicale mai simple, excepțional de rar ajungîndu-se la laparotomie, perforația uterină este mult mai des întîlnită în practica medicală, adeseori rezolvîndu-se prin laparotomie. Trebuie spus că laparotomia pentru control și hemostază se impune mai ales cînd nu există siguranța evacuării complete a cavității uterine. Perforația uterină este mult mai frecventă în cazurile avorturilor des repetate.

— Care este situația în momentul de față?

— S-ar putea spune că se observă o tendință nemotivată a unor femei de a renunța cu ușurință la prima sarcină. Este bine să precizăm că intervenția chirurgicală numită chiuretajul cavității uterine nu este lipsită de pericol deoarece se execută pe un organ pe care medicul nu-l vede. El simte doar virful instrumentului (chiureta) care atinge oul (viitorul făt) sau peretele uterin, fiind deci o intervenție „oarbă” ce poate determina accidente sau complicații imediate sau tardive. Unele dintre aceste complicații greu de prevăzut sînt consecința lipsei de dezvoltare normală a organelor genitale, a fixării anormale a oului în cavitatea uterină sau a unor boli preexistente sarcinii sau redeşeptate cu ocazia intervenției.

— Reținînd argumentele prezentate, vă mulțumim în numele cititoarelor.

Valeria CHILĂU

CALENDARUL FEMEII

Interviu cu dr. Virgil ANCAR, clinica de obstetrică și ginecologie - Spitalul „23 August” din București

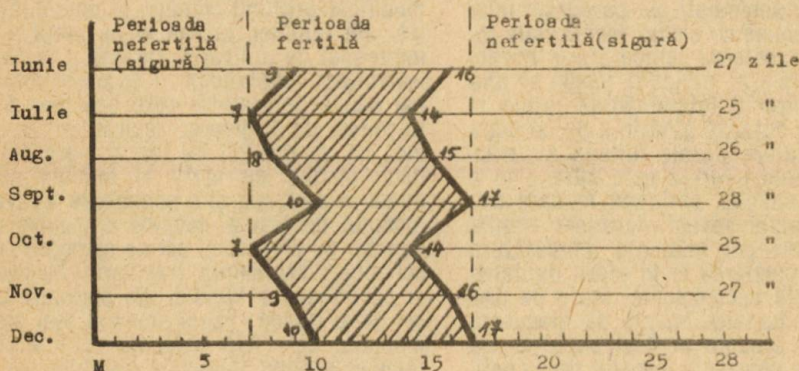
După cum se știe, printre primele hotărâri ale Consiliului Frontului Salvării Naționale a fost abrogarea unor decrete și legi contrare principiilor fundamentale de democratizare a țării, între care se înscrie și abrogarea Decretului 770/1966 și actelor normative ulterioare de aplicare a sa, referitor la reglementările întreruperii cursului sarcinii. În felul acesta s-a redat libertatea femeii sau a cuplului în ceea ce privește dorința de a avea sau de a nu avea copii, prin permiterea efectuării legale a întreruperii cursului sarcinii la cerere. Ce trebuie să știe o femeie din acest punct de vedere?

INTERVIU
nii la cerere. Ce trebuie să știe o femeie din acest punct de vedere?

— În primul rând, că se poate adresa pentru întreruperea sarcinii prin chiuretaj uterin la secția de obstetrică-ginecologie pe raza careia locuiește, în fiecare unitate fiind ființă un cabinet de întrerupere de sarcină la cerere. În al doilea rând, că aceasta întrerupere se efectuează în primele trei luni de sarcină, perioada optimă fiind între săptămâna a 6-a și a 8-a (aproximativ 55-70 de zile de la data primei zile a ultimei menstruații). În al treilea rând, că există multiple metode de a evita o sarcină și că de aceste probleme se ocupă un capitol al ginecologiei denumit contracepția sau anticoncepția, despre care nu s-a mai putut vorbi în ultimii ani, lipsind femeile de noțiuni elementare de educație sanitară în această problemă.

— Vă rugăm să vă opriți asupra celei mai simple din aceste metode: calendarul femeii.

— Pentru ca femeia să rămână gravidă, este necesar ca ovulul eliminat prin fenomenul de ovulație, fecundat de un spermatozoid din milioanele de spermatozoizi din spermă și transformat astfel în „ou” să se nideze (să se cuibărească) în grosimea mucoasei uterine, pregătite special pentru aceasta de progesteron, hormon sexual feminin preponderent în a doua



parte a ciclului menstrual. De aici rezultă următoarea constatare:

Considerind o femeie cu ciclu menstrual normal, regulat, perfect sănătoasă din punct de vedere al integrității anatomice și funcționale a aparatului genital intern, posibilitatea grefării unei sarcini apare numai într-o anumită perioadă a ciclului, perioadă care se numește perioada „fertilă” și care este diferită de la femeie la femeie, calculul acestei tehnici, a „calendarului”, bazându-se pe lungimea ciclului menstrual. Dacă la această metodă se adaugă măsurarea temperaturii bazale zilnice și examinarea proprie a mucusului cervical pentru a evita contactul sexual în timpul ovulației, obținem evitarea sarcinii prin metoda „ritmică”.

— Cum putem calcula perioada „sigură” bazată pe lungimea ciclurilor menstruale?

— Ne bazăm pe trei fenomene biologice și anume: producerea ovulației în ziua 14 ± 2 de la data primei zile a menstruației, (deci la o femeie cu ciclu menstrual de 28 zile, ovulația va fi între ziua a 12-a și a 16-a); constatarea verificată că ovulul nefecundat supraviețuiește în jur de 24 ore; capacitatea vitală a spermatozoidilor în căile genitale interne feminine (deci după ce contactul sexual a avut loc), care în medie este de 48 ore. Dacă o femeie își măsoară lungimea ciclurilor pe o perioadă de cel puțin 6 luni, se poate afla începutul perioadei „fertile” prin scăderea numărului 18 din numărul de zile a celui mai scurt ciclu din această

perioadă. Data obținută reprezintă prima zi fertilă sau mai corect zis „nesigură”. Pentru a determina ultima zi fertilă sau „nesigură”, scădem cifra 11 din numărul zilelor celui mai lung ciclu, obținând un interval de fertilitate în care contactul sexual trebuie evitat (sau folosind alte metode de contracepție în această perioadă). De exemplu, dacă o femeie a constatat că lungimea ciclurilor menstruale este între 25-28 de zile, contactul sexual trebuie evitat între ziua a 7-a și a 17-a, ale următoarelor cicluri menstruale.

Aceste reguli însă dau rezultate nesatisfăcătoare în cazul unor cicluri menstruale total neregulate.

— Cum putem determina perioada sigură bazându-ne pe măsurarea temperaturii bazale?

— Progesteronul produs după ovulație de corpul galben este responsabil de creșterea temperaturii corpului femeii cu 0,4-0,8 grade. Această creștere se constată prin măsurarea temperaturii bazale (în condiții de repaus, imediat după deșteptare), marcind momentul ovulator, în funcție de care se pot determina zilele „sigure” și „nesigure”. Pentru aceasta este necesară măsurarea temperaturii bazale timp de mai multe luni la rând, pentru a stabili data ovulației, de regulă cu 24 de ore înaintea ascensiunii termice. Temperatura bazală se măsoară fie oral, fie vaginal sau rectal; metoda nu trebuie să fie schimbată pe parcursul unui ciclu. Pentru o femeie cu cicluri menstruale regulate, la care creșterea temperaturii bazale s-a produs în a 15-a zi, perioada fertilă se află prin scăderea cifrei 6 (obținându-se prima zi „nesigură”), și ea durează până în a 3-a zi după creșterea temperaturii bazale (ultima zi „nesigură”), deci perioada fertilă este între ziua a 8-a și a 17-a a ciclului, perioadă în care trebuie evitat contactul sexual. Atragem atenția că mulți factori pot influența temperatura bazală, fie prin creșterea ei în afara ovulației (efort fizic, infecții necunoscute, stare de tensiune, oboseală, fumatul înainte de măsurarea ei etc.), fie prin scăderea ei deși ovulația s-a produs (exemplu, consumul excesiv de alcool). Pentru că există mai multe feluri de curbe ale creșterii temperaturii bazale în momentul ovulației, este bine ca acest grafic să fie citit de medic. Momentul ovulației, care ne permite un calcul mai precis al perioadei „sigure”, poate fi determinat și prin alte semne clinice (singerarea de mijloc) sau teste paraclinice (filanța mucusului cervical, testul „ferigei”, aspectul orificiului cervical, dozări hormonale și multe alte investigații), în prezent existând posibilitatea ca unele din ele să fie făcute chiar de persoane nespecializate, prin autocontrol.

— Cu concursul dv., domnule doctor Ancăr, asupra acestora cit și a altor metode contraceptive vom reveni în paginile revistei „Sănătatea”.

Valeria CHILĂU

— Se vorbește foarte mult despre familie în cercurile educatorilor, pediatriilor, juriștilor și legislatorilor, medicilor, psihologilor, sociologilor și psihiatrilor. Ce spun specialiștii în psihologia virstelor?

— Sunt foarte multe de spus. Familia este nucleul fundamental ce oferă fiecărei persoane un cămin, o identitate prin nume și limbă, o apartenență prin etnie, cultură, religie, aspirații ideatice și chiar prin profesiunile ce o domină. Totodată, familia oferă un confort psihic prin afecțiune și suportul latent permanent ce impregnează interrelațiile din cadrul ei, un cadru educativ și moral, o anumită receptivitate culturală sensibilă la ceea ce este conservat în memoria socială (tradiții, obiceiuri și istorie a neamului etc.). Fiind sensibilă la modificările legate de experiența socială și evenimentială pe care o parcurge, fapt ce este condiționat de virstele ei (de conviețuire) dar și de modificările ce survin în virstele psihologice ale grupului parental și al celui al copiilor, familia are un specific al ei. Există, desigur, familii mai coezive și mai puțin coezive, mai organizate și mai dezorganizate (termenii se folosesc pentru familiile potențial mai nesensibile la delinvențe). Noi ne vom referi la familiile obișnuite, statistic evident dominante.

Revoluția tehnico-științifică, explozia informațională, dezvoltarea de școli, spitale, integrarea profesională a femeilor au influențat și modificat profund climatul și modalitățile de a trăi ale familiei, cadrul ei de viață a devenit impregnat de utilizarea curentă a radioului, televizorului, telefonului, a automobilului personal sau a aspirațiilor spre acestea, dar și de folosirea de frigider, aspiratoare, calorifere, etc., ce au devenit de foarte mare răspindire. Deci, mediul de viață al familiei schimbându-se, a avut loc și o schimbare a nivelului și modului de trai al familiei din zilele noastre. Punctul de plecare și cel de ajungere la aceste schimbări reprezintă traectoria de dezvoltare și schimbare a familiei din perioada de după cel de-al doilea război mondial mai ales. Fără îndoială, cele mai evidente apar schimbările familiei privind lungimile de undă ale participării la viața socială, creșterea cantității de școlarizare și aspirație spre cultură și profesiuni ale familiei.

— Doriți să vă referiți la schimbările de trebuințe și de aspirații ce au loc în familia modernă?

— Desigur. Aș dori să nu lăsăm la o parte din discuția noastră faptul că structura generală a populației este în mare schimbare, clasele sociale au ponderi foarte diferite azi față de câteva decenii din trecut, există tendințe ce converg spre o tot mai evidentă intelectualizare a tuturor profesiilor. În acest context, familia de ieri este foarte rapid modificată și modificabilă, atât ca nivel de trai cit și ca participare și aport la viața socială și la progresul ei.

Nu se poate să ignor din discuția noastră faptul că există o structură axială dublă,



FAMILIA DE IERI, DE AZI, ȘI DE MÎINE

interviu cu
prof. univ. dr.
Ursula ȘCHIOPU



foarte mobilă, ce condiționează relația dintre societate și familie. Pe de o parte există „ceea ce cere familia de la societate și ce poate societatea să-i ofere”, iar pe de altă parte există „relația dintre ceea ce cere societatea de la familie și ce-i oferă aceasta”. Cerințele și posibilitățile acestui cadru de referință se pot exprima și dezvolta lent sau abrupt. Tendința de echilibrare relativă e însă evidentă și necesară. În orice caz, revoluția societății românești începută în zilele lui decembrie 1989 a creat necesitatea reevaluării cadrelor de dezvoltare ale familiei de azi. Familia modernă are tendințe de dezvoltare cam în genul celor descrise mai sus, chiar dacă în Franța ideatica sa este orientată spre „l'hômmе hōnnete”, în Anglia spre aceea de „gentleman” și în Statele Unite spre aceea de „businessmen”. Există și la noi o teoretizare a conceptului de „om de tip nou”, ce avea o acoperire nebuloasă pentru că oricum omul evoluează mereu și ca atare este generic mereu nou. În subtext, omul nou era omul devotat integral comunismului, depersonalizat prin dictatură. În dubla axă la care m-am referit mai sus cerințele omului și ale familiei teoretic erau ca și posibilitățile sale să fie aservite cerințelor societății; practic, aservirea a devenit canalizată spre bunul plac al unei dictaturi lipsite de scrupule.

— Ce a făcut revoluția? În ce fel a creat modificări ale familiei?

— Revoluția din România, fiind mai explozivă decît alte revoluții din țările est-europene, răspunsul la această întrebare devine ceva mai complicat. Totuși, voi încerca să vă răs-

pund tolosind cadrul de discuție deja schițat.

În societatea românească familia intrase într-o stare critică, ce se accentua tot mai mult. Responsabilitatea socială devenise sufo-cantă. Dezorganizarea treptată a economiei, dificultățile legate de viața de fiecare zi, degradarea treptată și evident iremediabilă a alimentației, cerințelor de lumină, căldură, medicamente, lupta acerbă pentru orice, cozile interminabile, dispozițiile absurde etc. au minat tot mai mult „speranța”, „aspirațiile”, „idealele”, au erodat „motivațiile firești” legate de dobîndirea unei vieți libere. Aservirea a fost exercitată printr-o rețea de instituții complexe ce au dus la dezvoltarea foarte mare a duplicității și a fricii. Pe fondul acestei situații, Revoluția a însemnat în primele ei etape o explozie a cerințelor familiei și persoanelor, o pledoarie activă pentru drepturile omului și pentru democrație. Explozia socială a fost încărcată de o uriașă forță de coeziune colectivă, de o participare masivă a tineretului, a studenților, intelectualilor, muncitorilor, deopotrivă amenințați de privațiuni ce se perpetuau prin subtextul mascaradei congresului al XIV-lea. S-a trăit, precum se știe, mulți ani pînă la revoluție sub obsesia dosarelor în care familia era pusă în discuție și devalorizată în urma oricăru-i gest, acțiuni, conduite neaservite total și considerate trădare, oricît de nefundate sau juste ar fi fost. Procesele cu ușile închise, condamnările fără procese, sictielile oamenilor și amenințările familiilor - ca mijloace de intimi-

Dr. George M. GHEORGHE

Continuare în pag. 23

BOLILE TRANSMISIBILE PE CALE SEXUALĂ



Știind că un factor important în direcția prevenirii bolilor de orice fel, în special al celor transmisibile, este cunoașterea modalităților și formelor de producere și răspândire a lor, precum și instituirea, pe această bază, a unui comportament conștient, lucid, de largă și rapidă colaborare cu medicul, ne-am adresat dr. Ion TOLEA, șeful Clinicii de dermatologie din Craiova.

— Pentru început, vă rugăm să faceți câteva precizări în legătură cu un termen larg răspândit și uneori greșit înțeles: ce trebuie să înțelegem prin boli venerice?

— Acestea nu sînt altceva decît o categorie aparte de boli infecțioase, cu un mod de transmitere particular de la omul bolnav la cel sănătos, cu ocazia actului sexual. De aici și denumirea lor după numele zeiței celebre a antichității — Venera, divinitate a frumuseții și amorului la romani. În decursul timpului, însă această denumire a căpatat o rezonanță pejorativă, veneriile fiind considerate, în mod nejustificat, „boli rușinoase”, care trebuie ascunse societății. Gîndind de asemenea manieră, este nu numai eronat dar și dăunător în activitatea de prevenire și combatere a acestor afecțiuni deloc neglijat prin marea lor răspîndire, cit și prin urmările pe care le pot avea dacă nu sînt descoperite și tratate la timp. De aceea O.M.S. a propus încă din 1975 o denumire care să înlocuiască pe cea de boli venerice, și anume, aceea de boli transmisibile pe cale sexuală.

— Precizările dv. sînt binevenite. Pe baza lor putem formula întrebarea centrală a discuției noastre, și anume, care sînt bolile transmisibile pe cale sexuală?

— Noțiunea cuprinde nu numai cele 4 entități morbide considerate în mod clasic boli venerice majore — sifilisul, blenoragia, șancrul moale, timfogranulomatoza inghinală benignă —, ci include și alte afecțiuni mai răspîndite în ultima vreme, ca trichomonioza, uretritele negonococice, candidozele, herpesul genital, scabia, pediculoza. Unele dintre aceste afecțiuni însă nu se transmit obligatoriu pe calea actului sexual (de exemplu, scabia, pediculoza), iar în altele rolul acestuia este discutabil (candidozele, herpesul genital). Am omis de aici Sindromul imuno-deficienței dobîndite (SIDA) — boala transmisibilă cu precădere prin contact sexual, cu intenția de a o trata separat, date fiind gravitatea acesteia, dimensiunile epidemiei pe care a provocat-o în ultimii ani, precum și pericolul social pe care-l reprezintă.

— Sifilisul este o boală care se transmite aproape exclusiv pe cale sexuală. Deși cunoscută de mult și pe deplin tratabilă, ea continuă să constituie și astăzi o problemă atît medicală cit și socială; care ar fi, pe scurt, istoricul acestei boli?

— Sifilisul este o boală venerică prin excelență, cunoscută din cele mai vechi timpuri, ale cărei origini sînt și azi discutate. Se pare că inițial boala era contactată doar de animale.

Prin contagiune a ajuns la om, agentul patogen (spirocheta) suferind o serie de mutații în procesul de adaptare. După această teorie, sifilisul venerian și-ar fi făcut apariția cu circa 3000 de ani î.e.n. în Asia de Sud, iar în Europa s-a răspîndit în jurul anului 100 al erei noastre. După teoria clasică, însă, sifilisul a fost adus pe bătrînul nostru continent de către marinarii lui Cristofor Columb în 1492, care s-au infectat de la populația indigenă din insulele Haiti, unde boala exista deja. Întorși acasă, aceștia s-au angajat, după obiceiul timpului, ca mercenari în armata regelui Carol al XIII-lea al Franței și în timpul asediului Neapolelui, din anul 1495, a izbucnit cea mai mare epidemie, sifilisul făcînd ravagii între soldații celor două armate, maladia fiind supranumită de către napolitani „boala franțuzească”, iar de francezi „boala napolitană”. După această dată boala s-a împrăștiat în toate țările europene, în țara noastră fiind semnalate primele cazuri în jurul anului 1500, mai întîi la Brașov și apoi la Sibiu. Iată așadar că după aproape 500 de ani de la prima epidemie boala se menține și azi în actualitate, de unde necesitatea cunoașterii ei și a riscurilor de îmbolnăvire de către publicul larg.

— În cazul acestei boli, cum se produce îmbolnăvirea, care sînt principalele simptome și manifestări, precum și posibilitățile de tratare?

— Sifilisul se datorește pătrunderii în organism — în timpul contactului sexual cu o persoană bolnavă, prin mici leziuni, escoriații, la nivelul mucoaselor genitale — a agentului cauzator, un microorganism spiralat — Treponema pallidum. Cu totul excepțional infecția se poate produce și pe alte căi. În locul pătrunderii acesteia, după aproximativ trei săptămîni apare o exulcerație nedureroasă situată pe un postament îndurat, numită șancru sifilitic, șancru dur sau sifilom primar. După încă o săptămîină apar măriți de volum ganglionii inghinali, care constituie al doilea semn al primei perioade a bolii (perioada primară), iar după alte două săptămîni se pozitivează reacțiile serologice clasice (VDRL, R. Wassermann). Trebuie deci de reținut că un rezultat negativ la controlul serologic efectuat înainte de două săptămîni de la apariția șancrului nu exclude boala.

După 4—6 săptămâni, șancrul dispare și fără tratament, dar infecția continuă să se dezvolte în organism și după 2—3 luni apar semnele perioadei secundare, marcate de erupții generalizate, vizibile, la nivelul pielii, mucoaselor și organelor genitale, constituite mai întâi din pete roz, de culoarea florii de piersic, situate pe trunchi (numite rozeole), pentru ca ulterior, pe măsură ce boala înaintază, să apară alte erupții, cu cele mai diverse aspecte (sifilide papuloase, hipertrofice, ulcerate, fisurare, seboreice, acneiforme, psoriaziforme, pigmentate etc.). Apariția acestora respectă o anumită cronologie, care permite medicului să stabilească cu exactitate vîrsta bolii. Dacă bolnavul continuă să-și ignore boala, să nu se

prezinte la medic și, în consecință, să nu se trateze sau să se trateze insuficient, aceasta continuă să evolueze, avînd perioade de dispariție a erupțiilor cutanate (vindecare aparentă), urmate de reapariția acestora, ca după doi ani sau mai mulți boala să intre în perioada a treia (terțiară), în cursul căreia se produc leziuni distructive situate la nivelul pielii și altor organe, ca: oase, vase sanguine, inimă, ficat, creier, măduva spinării etc. Tratamentul efectuat în această perioadă poate stăvili infecția, dar leziunile distructive se vindecă prin cicatrici ireversibile, cu toate inconvenientele care decurg de aici. Așa stînd lucrurile, desprindem concluzia că tratamentul trebuie început cît mai devreme, de preferat în spital,

pentru a putea obține o vindecare sigură și lipsită de riscuri ulterioare.

— A doua boală enumerată, gonoreea, se manifestă clinic diferențiat la bărbat și femeie. Care sînt elementele specifice ale acestei boli în raport cu celelalte din grupul la care ne referim?

— Cunoscută din cele mai vechi timpuri, gonoreea este amintită pentru prima dată în scrierile lui Hipocrate (secolul al V-lea î.e.n.), tratamentul fiind introdus însă de Galen cu 300 de ani mai tîrziu (secolul al II-lea î.e.n.), care s-a păstrat pînă în zilele noastre. Pînă în secolul al XV-lea noțiunea era confuză, ascunzîndu-se probabil sub acest nume diverse boli venerice. Apoi epidemia gravă de sifilis de la sfîrșitul secolului al XV-lea, care s-a extins cu repeziciune, i-a făcut pe medici să uite de gonoree și, mai tîrziu, în secolul al XVI-lea, era considerată ca o manifestare în cadrul sifilisului. Asemenea confuzie a durat aproape 300 de ani, dar studiarea ei a continuat și abia în secolul al XIX-lea Albert Neisser descoperă agentul patogen, gonococul (1879), oferind posibilitatea elucidării multor probleme legate de această infecție. Gonoreea are o incidență în rîndul populației de 10 ori mai mare decît sifilisul și se transmite prin contact sexual cu o persoană bolnavă și mult mai rar prin utilizarea în comun de obiecte infectate. Trebuie arătat de la început că semnele bolii diferă de la bărbat la femeie datorită deosebirilor anato-fiziologice dintre aceștia. La bărbat, după 2 pînă la 10 zile de la contactul infectant (de regulă 3—5 zile) apar primele semne de uretrită acută anterioară, care constau în inflamația meatului urinar, arsuri și usturimi la urinare, micțiuni frecvente, erecții dureroase, scurgere uretrală purulentă, de culoare galben-verzuie, abundentă, care pătează lenjeria. După circa trei săptămîni infecția avansează la uretra posterioară și în această situație se adaugă la semnele clinice senzația imperioasă și frecventă de urinare, tenesmele urinare și hematuria terminală (cîteva picături de sînge la sfîrșitul urinării). Dacă nu se intervine cu tratamentul corespunzător, își fac apariția primele complicații: tumefierea prepuțului și a glandului, fimoza (imposibilitatea de a decalota glandul), parafim-



moza (imposibilitatea de a recalota glandul), orhiepididimita (inflația testicolului și a epididimului) etc. La femeie se manifestă mult mai puțin zgomotos, cu secreție moderată uretrală și inflamația vaginului, boala diagnosticându-se, în general, prin complicațiile ei și prin examen bacteriologic repetat din uretră sau colul uterin și nu prin simptomele acesteia, care de cele mai multe ori sînt ignorate de bolnav. De aceea sînt frecvente cazurile de transmitere a gonoreei de către femei ce nu au cunoștință că sînt infectate. Uretrita gonococică acută netratată sau prost tratată evoluează la bărbați spre forma cronică, cu secreție uretrală foarte redusă (picături atinse) sau obișnuit absentă, care se exacerbează după consum de băuturi alcoolice, oboseală, excese sexuale, mers pe bicicletă etc., dar care se poate complica cu orhiepididimită, prostatită și mai rar cu artrită gonococică sau septicemie gonococică. La femeie, de asemenea, pot apărea complicații grave, ca anexite, colpita sau endometrite, urmate adesea de sterilitate secundară. Trebuie de reținut că metodele actuale de tratament conduc la vindecarea sigură a bolii, cu condiția ca acesta să fie corect și complet efectuat, bolnavul să respecte prescripțiile medicului privind comportamentul sexual și regimul igienico-dietetic, avînd, în același timp, obligativitatea de a o declara în vederea tratării concomitente a partenerului sau partenerei sexuale. Trebuie știut că schemele de tratament utilizate oficial în țara noastră sînt stabilite în așa fel încît să prevină apariția eventualei a sifilisului în cazul transmiterii unei infecții duble la partener.

— Medicina actuală are de luptat pe un front larg cu maladii vechi care continuă să se manifeste, cu maladii pe care le credeam dispărute și care apar din nou, precum și cu boli recent apărute. În cadrul bolilor transmisibile pe cale sexuală se poate vorbi de o atare situație?

— Una dintre afecțiunile transmisibile pe cale sexuală care practic dispăruse, șancrul moale, după mai bine de 30 de ani și-a făcut din nou apariția, mai întîi în orașele portuare din țările subdezvoltate din zonele calde, apoi în mod sporadic în Europa și în ultimii ani și la noi. În istoria ei, această boală a fost confundată cu una din

manifestările din cadrul sifilisului, pînă la mijlocul secolului al XIX-lea, cînd a fost descoperit agentul patogen (un cocobacil) dispus în lanțuri) de către Durey, în 1889. După un contact sexual cu o persoană bolnavă, la 3—5 zile apare pe organele genitale externe o ulceratie profundă cit o monedă de 5 bani, acoperită de secreție purulentă și cu marginile decolate, foarte dureroasă. Se deosebește de șancrul sifilitic prin două caractere: nu are marginile dure la palpare și este foarte dureroasă. Ulcerația se autoînoculează, apărînd astfel șancre multiple în imediata vecinătate a primului sau la distanță, în zona perigenitală, perianală, pe scrot, regiunea pubiană, fața internă a coapselor. Adenopatia (mărirea de volum a ganglionilor) este înconștientă. În procesul inflamator este cuprins un singur ganglion, care, de regulă, abcedează (supurează). Șancrul moale se poate vindeca singur în 20—30 de zile, în timp ce adenopatia poate rezista timp îndelungat. Complicațiile mai frecvent întîlnite sînt fimoză și parafimoză. Tratamentul se face azi cu bune rezultate însă poate masca un sifilis contractat concomitent, de unde necesitatea controlului medical repetat, atît clinic cit și serologic al foștilor bolnavi.

Linfogranulomatoza inghinală benignă (boala Nicolas-Favre), supranumită și a IV-a boală venerică, a fost descrisă pentru prima dată în 1913 de către cei doi autori ai căror nume îl poartă. Este produsă de un virus din clasa chlamidiilor și a fost răspîndită în întreaga lume, dar mai ales în țările tropicale și subtropicale. În Europa prezenta o morbiditate crescută în porturi și marile orașe. În țara noastră cel mai mare număr de cazuri s-a înregistrat între cele două războaie, mai exact între 1925 și 1938, după care numărul lor a început să se reducă vertiginos, azi considerîndu-se de domeniul istoriei, atît la noi cit și în multe din țările europene. După o incubatie variabilă (între 1 și 4 săptămîni) își face apariția o ulceratie foarte mică, de cîtiva milimetri, localizată pe organele genitale externe, adesea trecînd neobservată. După 3—15 zile de la debut, de regulă la bărbați, se măresc de volum ganglionii inghinali, unilateral sau bilateral, la început numai un ganglion, infecția trecînd apoi la ganglionii vecini,

care în scurt timp supurează și puroiul se elimină prin mai multe orificii (aspect de stropitoare). Netratată la timp, infecția se propagă în profunzime, la ganglionii iliaci și chiar para-rectali, ducînd la complicații grave, cu blocarea vaselor limfatice, fistule, ulceratii, stenoza rectală etc. Tratamentul este complex, necesitînd asocieri de antibiotice și corticoterapie.

Dacă aceste afecțiuni, denumite clasic venerii majore, făceau altădată ravagii, în zilele noastre incidența lor s-a redus evident, unele dintre ele apărînd doar sporadic. În schimb, se înregistrează azi un număr din ce în ce mai mare de cazuri de **uretrite negonococice**, care în funcție de agentul lor causal pot fi uretrite microbiene cu stafilococi patogeni, streptococ hemolitic, enterococi, bacili coli etc. Acestea se caracterizează printr-o secreție seropulentă moderată, însoțită de usturimi și jenă la urinat, dar mult mai estompate decît în cazul gonoreei acute.

Uretrite virale sînt cauzate cel mai adesea de virusuri din genul herpesului, de pararichei și sau mycoplasma, provocînd scurgeri uretrale seromucoase, puțin abundente, însoțite de discretă senzație de usturime sau jenă la urinare. Diagnosticul corect al acestora în vederea stabilirii unui tratament adecvat se face pe baza unor examinări microbiologice și virologice de laborator.

Uretrita candidozică, produsă de o ciupercă levuriformă — Candida albicans — este mai rară. Semnele clinice sînt minore, constînd în secreție uretrală discretă, însoțită deseori la bărbați de balanopostită (inflamația glandului și prepuțului) sau vulvo-vaginită la femei, mai ales la obeze și cu diabet.

Trichomonaza urogenitală constituie cauza cea mai frecventă a vulvo-vaginitelor la femei (20—40 la sută din total) și a uretritelor la bărbați (30 la sută). Agentul cauzator este un protozoar flagelat (Trichomonas vaginalis), foarte ușor de pus în evidență de către medic, din secreția vaginală. Boala se manifestă la femeie printr-o secreție gălbuie aerată (spumoasă) abundentă, care pătează lenjeria, cu miros particular, însoțită de congestia mucoasei vaginale și senzația de arsură sau cel mai adesea de prurit (mîncărime) irezistibil. Trebuie reținut că pruritul este, de multe ori, mai ales în formele ușoare, singurul semn pe care îl acuză

bolnava. Netratată, boala se cronicizează, survenind complicații uteroanexiale, uretrite și chiar cistite. La bărbat, uretrita trichomonazică se însoțește de secreție discretă (picătura matinală), prurit pe tractul uretral și uneori jenă la urinare. Adăugăm însă că în practică sînt foarte frecvente cazurile cînd partenerul sexual al unei bolnave cu trichomonază vaginală nu are nici o simptomatologie clinică, fiind aparent sănătos, dar poate transmite parazitul în calitate de purtător. Boala are tratament specific și rezultatele sînt bune cu condiția efectuării acestuia sub supraveghere medicală, tratîndu-se concomitent partenerii sexuali.

În afară de cele de mai sus, în practica medicală se întînesc destul de frecvent și alte uretrite care nu au nici o conținutură cu transmiterea lor sexuală, cum ar fi: uretrite prin infecții de vecinătate; uretrite simptomatice în cadrul altor boli de ordin general (diabet, eritem polimorf, sindrom uretro-conjunctiv sinovial etc.); uretrite traumatice; uretrite alergice; uretrite autoîntreținute la venerofobi (persoane care își maltratează uretra prin exprimări brutale pentru a se convinge că nu au o scurgere sau o boală venerică).

— Ca o confirmare a faptului că putem vorbi de o evoluție biologică și genetică complexă și în cazul apariției bolilor infecțioase, SIDA este o maladie recentă. În legătură cu această boală gravă problematica se împletește foarte strîns cu cea educațională. Ce trebuie să știm și cum trebuie să abordăm, la scară individuală și socială, această maladie?

— SIDA este o boală virală care distruge sistemul imunitar al organismului, favorizînd apariția infecțiilor și cancerelor mortale. Această boală nu cunoaște frontiere geografice, sociale, etnice sau culturale. Virusul responsabil de această boală se transmite cel mai adesea prin contacte sexuale. Se transmite, de asemenea, prin sînge contaminat sau prin instrumente medicale contaminate, prin grefe și transplant de organe, de la mamă la făt înainte, în cursul sau imediat după naștere. Mai pot intra în discuție, în transmiterea bolii, dacă nu se iau toate precauțiile, lamele de ras, periuța de dinți, acele de acupunctură, ta-

tuajele, instrumentele stomatologice. Cei mai expuși de a contracta infecția sînt: contactii sexuali ai bolnavilor și purtătorilor sănătoși de virus, cei cu comportament sexual modificat (homosexualii), persoanele care fac excese sexuale schimbind frecvent partenerii (partenerile), bolnavii cu afecțiuni venerice, copiii născuți din mame infectate, bolnavii cu hemofilie și cei care sînt supuși în mod repetat la transfuzii. După pătrunderea virusului în organism, într-un interval de la 6 luni la circa 6 ani, ne putem aștepta la trei posibilități evolutive diferite: o parte din cei infectați (circa 1/3) nu prezintă nici un semn de boală (purtători sănătoși sau aparent sănătoși); o altă parte fac o formă minoră a bolii, cu febră prelungită (peste 38 grade), umflarea ganglionilor limfatici în cel puțin două locuri în afară de cei inghinali, scăderea marcată în greutate, diaree, transpirații nocturne etc. Aceste semne nu au nimic specific pentru SIDA, putînd apărea și în alte boli. În fine, alții fac forma gravă a bolii, cînd sistemul imunitar (de apărare) al organismului este grav afectat, aparînd o serie întreagă de infecții (pulmonare, digestive, cerebrale, cutanate etc.), tumori și stări canceroase (limfoame, sarcoame Kaposi). De ce lucrurile se petrec astfel, ca unele persoane să facă infecția fără nici un simptom iar altele să facă forma gravă, nu este încă pe deplin lămurit. Se pare că există o predispoziție genetică, la care se adaugă anumiți factori favorizanți, care deprimă sistemul imunitar. Apariția acestei boli cu consecințe atît de grave, care nu beneficiază încă de un tratament eficient, impune luarea unor măsuri socio-medicale și legislative care să pună stavilă valului epidemic actual. Soluția de a izola toți bolnavii infectați este inutilă, pentru că în primul rînd nu pot fi depistate toate cazurile, iar în al doilea rînd nu este necesar pentru că respectivii nu sînt contagioși decît prin relații sexuale și prin sînge. De aceea, o condiție esențială este cunoașterea partenerului sexual. Trebuie evitate total relațiile sexuale intim-pătore, cu persoane necunoscute.

— Din discuția noastră de pînă acum a rezultat că bolile transmisibile pe cale sexuală beneficiază astăzi de tratamente multiple de mare eficacitate. Pentru a trata cu succes

aceste boli este necesară, poate mai mult decît în cazul altora, o largă colaborare între bolnav și medic pentru ca tratamentul să se facă corect, complet și în stadii cît mai precoce ale îmbolnăvirii. Ce loc ocupă, în consecință, măsurile educaționale în lupta pentru combaterea și prevenirea răspîndirii acestor boli?

— După cum am putut vedea din cele arătate pînă acum, bolile transmisibile pe cale sexuală sînt boli prin excelență infecțioase și trebuie tratate ca atare. Dacă sînt netratate sau insuficient tratate au urmări dintre cele mai serioase, putîndu-se croniciza și provocînd bolnavului multe suferințe, fiind mult mai greu de tratat mai tîrziu. Bolnavii le ignoră de multe ori prin necunoaștere, acestea avînd în general simptomatologie puțin zgomotoasă, altele încercînd în mod voit să le ascundă dintr-un sentiment de jenă. Desigur că este foarte greu pentru bolnav să facă legătura, fără ajutorul medicului, între o mică rană de pe organele genitale care s-a vindecat singură și marile neplăceri care vor urma. Unii bolnavi, dintr-o superficialitate datorată lipsei de cunoștințe în acest domeniu, își stabilesc singuri diagnostice și fac tratamente eronate după sfatul prietenilor sau al oricui, numai al medicului nu. De aceea, în țara noastră, un loc aparte în cadrul măsurilor de combatere a acestor boli atît de importante pentru individ, pentru familia lui, pentru societate, îl ocupă măsurile educaționale, pentru care se acordă fonduri importante din bugetul național. Activitatea de informare și educație se adresează grupelor populaționale vizate, tinerilor, persoanelor cu risc de îmbolnăvire, făcîndu-se cunoscute modalitățile de transmitere, mijloacele de profilaxie antiveneriană, însemnătatea controalelor medicale profilactice, precum și obligativitatea declarării sursei de îmbolnăvire și a contactilor sexuali ulteriori în vederea tratamentului medical corespunzător, care se asigură în mod gratuit.

Constantin POPOVICI

LA ORDINEA ZILEI:

LIMITATEA RĂSPÎNDIRII INFECȚIEI CU HIV

SIDA este un cuvânt cunoscut de toată lumea. Aproape că nu e publicație care să nu îl prezintă, într-un fel sau altul, cite ceva despre această boală, ce a fost numită în unele țări „inamicul numărul 1 al sănătății publice” iar în altele „ciuma secolului XX”. De cîțiva ani este în atenție atît în dezbaterile din cadrul academic al reuniunilor științifice, cit și în discuțiile dintre simpli cetățeni care fie fac schimb de informații abia aflate, fie le comentează pe cele știute; relațiile sînt despre „povestea” neterminată a unei boli moderne, despre un capitol al medicinei care abia a început să fie scris și nu se știe cînd va fi încheiat. Sînt fapte, ce aproape se desfășoară sub ochii noștri, din lupta cu un virus care nu iartă, virus ce produce o boală care nu are nici tratament, nici un vaccin care să o prevină. Între timp au apărut și lucrări științifice, precum și broșuri și filme de educație sanitară în legătură cu SIDA. Cu alte cuvinte, un subiect la ordinea zilei.

Dat fiind atît interesul cititorilor față de această maladie infecțioasă ce s-a răspîndit pe toate continentele, cit și dorința redacției noastre de a publica informații cit mai complete, corecte și la zi — știind că o persoană informată își poate apăra mai bine propria sănătate — ne-am adresat prof. univ. dr. Ludovic PĂUN, șeful Centrului național de referință pentru retrovirusurile umane, de la Clinica de boli infecțioase și tropicale din București, autorul volumului „Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV)”, apărut la Editura medicală.

— Stimate domnule profesor Păun, vă propun, pentru început, să reamintim cititorilor noștri ce este SIDA?

— Înțelegem fenomenului infecțios se poate face, de către oricine, numai după parcurgerea și pătrunderea etapelor

evolutive și legăturilor acestora cu clinica, diagnosticul și profilaxia. În cazul infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV-1) este necesar de reținut că boala evoluează asimptomatic și simptomatic, respectiv fără manifestări și cu manifestări clinice și că SIDA reprezintă manifestarea clinică finală în care depresia imună este maximă, au loc suprainfecții cu bacterii, cu virusuri, cu fungi și proliferări canceroase. Această etapă finală este caracterizată, în mod paradoxal, cu scăderea densității virusului în organism și, uneori, chiar cu dispariția anticorpilor în circulație, motiv pentru care se poate vorbi că în acest moment nu infecția cu virusul joacă rolul principal, ci depresiunea imună indusă de el, care permite pe de o parte dezvoltarea infecțiilor, iar pe de altă parte proliferările.

— În momentul de față sînt elucidate căile de transmitere ale virusului ce provoacă această teribilă maladie. Care sînt acestea?

— Căile de transmitere a virusului, unanim acceptate, sînt: prin sînge și produse de sînge, prin organe donate de către persoane infectate, prin actul sexual, de la mama infectată la făt sau prin nerespectarea tehnicii aseptice în manevrele sîngerinde. În afara lichidului spermatic și a secrețiilor vaginale, sînt și alte căi de eliminare a virusului din organism, de exemplu, prin salivă? În principiu toate umorile organismului conțin virus. Acest fapt însă nu înseamnă că toate umorile sînt capabile să creeze condiții de transmisibilitate și anume doza minimă infectantă care, în cazul HIV, este necesar să fie de 10 ori mai mare decît a virusului hepatitei virale B. Deci infecțiozitatea HIV este de 10 ori, mai mică decît a virusului hepatitei virale B, virus cu care este foarte asemănător din multe puncte de vedere. Căile de transmitere care trebuie reținute sînt, le repetăm, calea sanguină, cea sexuală (homosexuală, bisexuală și heterose-

xuală), transmiterea în cursul nașterii, de la mamă la făt, și prin orice alte intervenții sîngerinde care pun în contact sîngele sau instrumentele infectate cu sîngele altei persoane. Nu este acceptată transmiterea lui în cursul comportamentului social, al relațiilor sociale obișnuite. Ce trebuie reținut? Că transmiterea HIV și crearea condițiilor de infectare sînt posibile, în mod particular, cînd sîngele persoanei infectate vine în contact cu sîngele alteia neinfectate. În consecință posibilitatea de transmitere a infecției crește, chiar și în cursul relațiilor sexuale, ori de cîte ori există leziuni. Sînt cercetări care au dovedit ferm acest lucru: relația directă între existența leziunilor la nivelul organelor genitale — datorate, de exemplu, altor boli sexuale — și posibilitățile de transmitere a infecției cu HIV.

— Iată, au trecut deja 9 ani de cînd a fost semnalat primul caz de SIDA. Prin ce s-a caracterizat această perioadă din punct de vedere epidemiologic?

— Din punct de vedere epidemiologic, perioada de 9 ani de la prezentarea primului caz de infecție cu HIV — virus încă necunoscut atunci și, deci, nici noțiunea de „infecție cu HIV” — se poate caracteriza prin aceea că s-au definit mai întîi condițiile în care se transmite virusul. După un timp, s-a acceptat responsabilitatea HIV în determinarea infecției și a ceea ce am spus că este SIDA. S-au putut realiza caracterizări epidemiologice pe zone geografice, reușindu-se, în final, gruparea lor în trei: Zona I a Europei de vest, a S.U.A. și a altor state din America, de Nord și de sud, a Australiei și Noii Zeelande, în care dominantă este transmiterea infecției în interiorul grupelor de risc — homosexualii, bisexualii, consumatorii de droguri — și numai în mică măsură la cei cu care aceștia au contacte sexuale. Zona a II-a în care Africa este implicată în totalitate, în-deosebi Africa subcontinentală, în care difuziunea virusului în populație, după cum atestă cercetările care s-au făcut, este cu mult mai mare decît în prima zonă, transmiterea heterosexuale fiind principala cale de răspîndire a virusului aceasta fiind dovedită de faptul că raportul între bărbații infectați și femeile infectate este de

la 1 la 1 (în timp ce în S.U.A. este de 5—6 bărbați la o femeie infectată). În sfârșit, Zona a III-a — în care este inclusă și România — cuprinde Europa răsăriteană, Orientul apropiat și sud-estul Asiei unde, după expresia utilizată de tehnicienii de la O.M.S., numărul de cazuri este atât de redus încât nu permite generalizări.

Aceasta este situația în momentul de față, situație care are posibilitatea să se mențină, pentru că în ultimul an, curba mereu ascendentă a numărului de cazuri s-a aplatizat, iar timpul de dublare a lor în lume, în mod deosebit în Europa de vest și mai ales în Anglia, s-a prelungit. Direcționarea ei ascendentă, cum spuneam, a trecut către o aplatizare, adică de stabilizare a numărului de cazuri, dar sînt necesare încă multe, multe studii, pentru a se putea face o interpretare corectă, dacă ținem seama și de faptul că, în acest timp, s-a exercitat, în mod masiv, în întreaga lume, o presiune educațională pentru limitarea transmiterii acestei infecții.

— Un moment important, în scurta istorie a acestei boli, a fost stabilirea agentului patogen. Au trecut 6 ani de la descoperirea virusului imunodeficienței umane de către Luc Montagnier, la Paris, și 5 ani de la identificarea lui de către Robert Gallo, în Statele Unite. Ce se știe în plus despre acest virus? Ce s-a mai descoperit în acești ani?

— De la primele noțiuni în legătură cu virusul, încadrarea lui ca retrovirus și lentivirus — asupra acestor caracteristici nu insist întrucît ar însemna să intru în domeniul virusologiei, care nu este obiectul acestui interviu — deci, de la această cunoaștere și caracterizare a lui cercetările au fost încununate de mari realizări. Una, și anume a cunoașterii îndeaproape a biologiei moleculare a virusului, permite să se interpreteze detaliile de comportament patogen și imunologic în organismul uman și, în același timp, pregătește suportul pentru obținerea — mai puțin optimistă în timp — dar obținerea în final a unui vaccin eficient. Sînt cunoscute în momentul de față detalii de biologie moleculară ce reprezintă suportul pentru comportamentul virusului în organism, virus care este capabil ca din momentul infectării pînă în finalul maladiei să-și modifice continuu structura antigenică. Se

vorbea pînă de curînd că virusul gripal sau, mai bine spus, virusurile gripale au o mare plasticitate — capacitatea de a-și schimba structura — surprinzînd astfel organismul nepregătit pentru apărare. Se spune că HIV este de cîteva zeci, dacă nu de sute de ori mai plastic decît virusurile gripale, ceea ce explică, în mare măsură, dificultatea preparării unui vaccin. Detaliile vin să confirme acest lucru, însă probabil că va exista și aici un moment în care cunoștințele vor fi suficiente pentru a permite prepararea unui vaccin.

— Se vorbește tot mai mult, în ultimul timp, despre un nou virus, care produce SIDA, și anume HIV-2. Vă rugăm să ne relați, pe scurt, împrejurările în care a fost descoperit.

— Împrejurările descoperirii virusului HIV-1 se cunosc. El a fost izolat de Luc Montagnier, pornind de la un bolnav care suferea de o evoluție clinică a infecției denumită acum ARC, ceea ce înseamnă o boală febrilă, cu manifestări ganglionare, asociată cu infecția cu

HIV-1. Acel bolnav, de la care a fost izolat pentru prima oară virusul, a trăit destul de mult. Nu știu dacă și în momentul de față mai trăiește. Cel de al doilea virus, HIV-2, a fost izolat de la persoane ce s-au infectat în Africa de vest. Probele biologice au fost trimise pentru studiu, de la bolnavii din Portugalia, cercetătorilor francezi, din motive de tehnică a identificării lui: bolnavii prezentau manifestările clinice caracteristice maladiei SIDA, dar virusul, suportul de diagnostic, nu putea fi stabilit folosindu-se tehnicile pentru detectarea anticorpilor anti-HIV-1. În acel moment cercetătorii și-au dat seama despre ce e vorba și au putut, în scurt timp, să descopere un al doilea virus, HIV-2, care are diferențe în ceea ce privește structura. Poate mici diferențe și în privința evoluției infecției la om, deși, în esență, infecția cu HIV-2 produce aceleași efecte ca și cea cu HIV-1. Ar mai fi de semnalat că multe studii vor să demonstreze că probabil și virusul HTLV-IV ar fi capabil să producă modificări clinice la om. Deocamdată, după cunoștințele mele, cercetările nu au fost finalizate.

— Încă de la început oamenii de știință s-au văzut în imposibilitatea de a vindeca aceste cazuri. Domnule profesor, ce progrese s-au înregistrat în legătură cu tratamentul maladiei SIDA? Dar în privința realizării unui vaccin? Ce speranțe și ce perspective există în această direcție?

— Pentru a putea să sistematizăm răspunsul la această întrebare, trebuie să arătăm că, în general, în bolile infecțioase se aplică un tratament etiologic (ceea ce, în cazul nostru, înseamnă un tratament pentru distrugerea și eliminarea virusului din organism), un altul care urmărește restaurarea imunității, precum și al treilea, terapia suprainfecțiilor virale, bacteriene, parazitare, fungice și a cancerelor. În ceea ce privește primul fel de tratament, cel etiologic, în momentul de față nu există nimic în afara de AZT (Azidotimidina), care să poată fi folosit pe scară largă. Trebuie, însă, subliniat că în utilizarea AZT-ului sînt multe limite, întrucît efectul se manifestă numai în timpul administrării sale; în plus, sînt și reacții adverse, în principal depresivitatea medulară, adică scăderea capacității de producere a celulelor sanguine în măduva bolnavilor, ceea ce aduce o scă-



dere și mai mare a imunității organismului. Întreruperea tratamentului la apariția unor astfel de fenomene este absolut obligatorie. Cu privire la tratamentul de restaurare a imunității, de corectare a ei, toate eforturile s-au dovedit fără un rezultat acceptabil pentru evoluția bolnavilor, în ciuda unor posibilități tehnice excepționale, mergând de la administrarea de diverse produse biologice, care să înlocuiască factorii de imunitate sau să stimuleze imunitatea, până la transplantul de măduvă. Este de conchis că în acest domeniu rezultatele nu sînt satisfăcătoare. În legătură cu terapia suprainfecțiilor de orice fel, există o experiență largă în medicină, cu efecte limitate în ceea ce privește tratamentul antiviral, dar mai bune față de ceilalți agenți etiologici implicați. Însă, ca o caracteristică generală, dată fiind depresiunea imună, o cură eficientă de tratament are rezultate practice de foarte scurtă durată, a doua manifestare clinică a infecției nefiind, de cele mai multe ori, depășită. Referitor la terapia manifestărilor de tip proliferativ canceroas, ea nu întrece rezultatele generale în astfel de imbolnăviri, ba chiar, datorită depresiunii imune de care am mai amintit, este mai puțin eficientă. Cu privire la vaccin m-am referit deja. Trebuie totuși să adaug că optimismul, care a determinat cercetătorii să fixeze în timp momentul cînd vaccinul va fi preparat, a trebuit să fie părăsit și să se adopte o atitudine de muncă asiduă, pentru cunoașterea foarte exactă a biologiei moleculare și a comportamentului virusului în organismul uman, pentru ca abia după ce se vor găsi acele structuri stabile ce sînt capabile să producă infecția, să se prepare vaccinul împotriva lor. Pînă atunci e bine ca pronosticurile referitoare la timpul de realizare să fie lăsate la o parte, ceea ce, de altfel, s-a și întîmplat.

— **Limitarea răspîndirii infecției cu HIV este, în momentul de față, în întreaga lume, principalul obiectiv. Cum considerați că se poate realiza?**

— Într-adevăr, obiectivul esențial susținut și de O.M.S., fixat împreună de toți specialiștii în domeniu, și care a fost adoptat în consens de națiunile participante la programul general de luptă împotriva maladiei SIDA, ca și de țara noastră, este acela de a limita răspîndi-

rea infecției cu HIV. Specificul ce domină acest concept revine din particularitățile virusului pe de o parte și din faptul că o cale majoritară de transmitere a infecției este cea sexuală. Modul de comportament al diferiților indivizi, grupurilor de indivizi, particularitățile geografice sau de altă natură care au influență cer ca aplicarea luptei pentru evitarea răspîndirii infecției să ia aspecte particulare în funcție de acești factori. Un lucru este sigur, că focul concentric se adresează comportamentului: comportamentul sexual, comportamentul consumatorilor de droguri.

— **După cum este cunoscut, nici țara noastră nu a fost ecollată. Care este situația la noi? E cazul să fim îngrijorați?**

— Așa cum am spus, situația la noi în țară este caracteristică zonei a III-a. Se știe că România este prima țară din estul Europei care a comunicat la O.M.S., prezența infecției cu HIV în această zonă. Se știe din publicații că a existat o preocupare în acest domeniu. Mai este de reținut faptul că eforturile noastre au fost îndreptate îndeosebi către instruirea corpului medical într-o măsură proporțională cu riscul răspîndirii infecției la noi. Din datele pe care le-am publicat și le-am raportat la O.M.S. reiese că în luna ianuarie 1990 în țara noastră erau 69 de bolnavi cunoscuți din care 45 au murit. Este în curs generalizarea mijloacelor de testare, mai întîi în toate centrele universitare și, în timp, și în unele județe. Avem un program național, recent elaborat, — care se va baza pe experiența pe care am avut-o cu prilejul primelor măsuri ce s-au luat la noi în țară — și care va putea să stea la baza întregii activități în acest domeniu. Este sigur că pînă în prezent am procedat direct proporțional cu dimensiunile situației existente la noi în țară.

— **La început, cînd oamenii au fost în fața unui inamic necunoscut sau, apoi, cînd se știau puține lucruri despre virus și despre căile de transmitere, s-a trecut printr-o perioadă plină de incertitudini, derutantă, uneori chiar de panică, perioadă ce, cu timpul, a fost depășită. Ce atmosferă domnește acum pe plan internațional: optimistă, pesimistă? Mă refer, bineînțeles, la cercurile științifice.**

— În legătură cu opiniile diferiților cercetători, ale celor

care se ocupă cu activitatea pentru evitarea transmiterii infecției, aș putea să spun că atmosfera este dominată de un optimism precaut. Optimism în mod sigur, optimism care vine de la constatările privind evoluția răspîndirii de pînă acum a infecției cu HIV în populație, de la un fapt esențial și anume că în S.U.A., unde numărul de cazuri este cel mai mare în lume, infecția nu iese din interiorul grupelor de risc decît în proporție foarte mică, ceea ce constituie un suport solid pentru cei care se ocupă cu educarea populației. Optimismul mai este evocat de faptul că, totuși, cercetările în cunoașterea virusului ca și finalizarea unui vaccin sînt pe drumul cel bun. Nu este închisă calea către materializarea acestui obiectiv, chiar dacă încă nu putem să determinăm în timp momentul realizării lui. Optimismul mai este determinat de faptul că, cu toate dificultățile, unele medicamente încep să fie folosite cu succes; dar mai mult de constatarea de ordin evolutiv a infecției în organismul uman: la început intervalul pînă la apariția primelor manifestări clinice a fost apreciat la 5 ani, apoi a fost prelungit către 8 ani și probabil că acesta se va mai mări, în ciuda faptului că cel infectat poate transmite infecția. Apoi, există constatări sigure de rezistență genetică la infecții cu HIV, ceea ce, însă, nu trebuie să producă la nimeni un sentiment de securitate, pentru că acestea sînt numai constatate ca fapt, nu dovedite prin suportul particular genetic. Omenirea nu este, în nici un caz, nici în această situație, într-un pericol atît de mare cît s-a spus la început — fără să neglijăm dimensiunile problemei și importanța ei — ca, de exemplu, să se ajungă pînă la depopularea unor zone geografice.

N.R. În timp ce almanahul era sub tipar, a fost semnalat un număr de 300 de copii infectați cu HIV. Considerăm că aprecierea potrivit căreia România este în „zona a treia” nu mai corespunde realității.

Lucian HUIBAN

Urmare, din pag. 15

dare - ca și izolarea economică, socială și culturală de lumea civilizată și chiar de țările socialiste, intrate toate aproape în procese de profunde schimbări, au constituit liajul coeziunii colective într-o mare măsură. Familia a ieșit din starea de duplicitate ce-i devenise greu de suportat. Și a ieșit exploziv, integral datorită dorinței de a abolii tot ce reprezenta dictatura.

— **Ați vorbit de etape ale schimbărilor și dezvoltării Revoluției românești și ale participărilor de trăire și de schimbare ale familiei de azi. Ați putea adinci această idee?**

— Să încercăm. O primă etapă a fost aceea a revoluției din decembrie, ce s-a caracterizat printr-o extraordinară creștere a **speranței** și a **autoîncrederii** în forța revoluției, a eliberării și creșterii **aspirațiilor**, o foarte largă trăire de **descătușare** a oamenilor de pe tot cuprinsul țării, începând cu Timișoara; **o trăire a adevăratului** de susținere a revoluției, ca **eliberare** și **re-naștere socială**. Din flacăra acestei trăiri s-a născut clamarea plină de jertfă de sine... „fără violență... fără violență”... Acest moment de trăire euforică și explozivă a fost amplificat de deruta de la C.C. și de fuga perechii dictatoriale. A urmat o a doua etapă, **mai încărcată de tensiune, anxietate și neliniște**, provocată de acele forțe neidentificabile și absurde pentru toți oamenii de bună credință care au exercitat teroarea armată de pe acoperișurile caselor și ale instituțiilor. Cine erau? De unde aveau armament atât de sofisticat și de excepție? Această etapă a fost încărcată din ce în ce mai mult și de creșterea tensiunii față de descoperirile palatelor prezidențiale, a vieții de huzur a familiei dictatorului și de extinderea revoluției pe tot cuprinsul țării, de trăirea sentimentului că armata e cu poporul. Deoarece forțele teroriste aveau un joc perfid de luptă, a avut loc și o creștere a **agresivității** generale și a **suspiciunii, neîncrederii**. Etapa a durat până la prinderea familiei dictatorilor, judecarea și executarea sentinței privind perechea tirană.

A treia etapă s-a caracterizat printr-o creștere a sentimentelor discret revanșarde, agresive față de întregul sistem ce a aservit poporul. A fost amplificată de **trăirea durerii pentru pierderea de viață omenești nevinovate**, mai ales de tineri și chiar de copii și de **conștientizarea genocidului și a dezastrului economic** național, de dificultatea de a depăși starea de ofensivă din neliniștile în creștere legate de dezvoltările de la procesele politice din ianuarie și februarie, dar mai ales de luarea în stăpânire de noua putere de stat a catacombelor și a unor bunkere ce-au pus în evidență rolul și așa discreditat de mult al securității, a unei părți a ei. În această etapă a crescut suspiciunea, s-au înmulțit grevele și manifestațiile nu numai cu caracter economic și **de afirmare, de personalizare și cîștigare a identi-**

tății, ci și actele agresive. Au fost momente ce ne-au amintit de istoria marilor revoluții, mai ales ale revoluției Franceze din 1789. Au apărut un fel de ghilotine spirituale. Undeva se construiau în serile răscolite de manifestatii brutale și arrogante, umbra lui Robespierre (1758-1799), a lui Danton (1759-1794) și, din păcate, aceea a savantului A.L. Lavoisier (1743-1794). Se pare că au apărut manifestări de dreptă. Diversificarea programelor partidelor politice ce s-au creat a stîrnit nedumerire. Foarte multe familii și-au re trăit dureri trecute închise în dosarele vremii prin genealogiile reintrate în circuitul social. Procesul acesta este însă ca o naștere grea, neliniștită, suspicioasă privind adevărul despre noul născut... Etapa a patra a fost relativ scurtă și cred că se poate situa pînă la momentele constituirii Consiliului Provizoriu de Unitate Națională, cu funcții de parlament, în care s-a afirmat acțiunea constructivă a guvernului. A urmat o a cincea etapă, în care disensiunile din armată au creat din nou neliniște... Apoi au venit minerii din Valea Jiului... Probabil intrăm treptat în etape mai marcante ale revoluției economice. Cerințele sociale devin presante pe acest plan. Familia a trecut așadar prin focul unei revoluții și se află în desfășurarea ei. Participarea ei mai pregnantă la viața socială a intrat și în efervescentele legate de diversitatea opiniei din care se alimentează întotdeauna democrația.

— **Aș dori să vă rețin încă puțin în problemele rolurilor și a funcțiilor ce s-au schimbat mai mult în familia de azi.**

— Există schimbări numeroase în această privință. Familia de azi, ce a trăit momentele Revoluției dezrobitoare, încorporează o mai mare fermitate și libertate de opinii, uneori chiar intransigente. Aceasta este o lecție a democrației. În al doilea rînd, manifestă o mai nerăbdătoare sete de schimbări sociale favorabile. În al treilea rînd, este mai deschisă la influențe culturale foarte diverse. Nu putem ignora nici creșterea conștiinței de sine a membrilor familiei. Rolurile și statutele sociale ale tatălui, mamei și celorlalți membri ai familiei sînt în schimbare și prezintă un mai mare grad de apropiere și audiere tolerantă. În același timp, distanțele psihologice dintre generații au început să ia un nou aspect. Există o mai rapidă maturizare a tineretului, crește spiritul întreprinzător particular al generațiilor mai puțin tinere.

— **Dar familia de mîine?**

— Mîine ne așteaptă Europa. Dar pînă atunci mai trebuie trecute lecții de democrație. Oricum, se schițează tendințele unei mai mari liberalizări, dar mai ales a unei mai mari toleranțe și disponibilități în viața socială a familiei. Se reconstituie **vetrele** cu rolul lor coeziv,

Continuare în pag. 24

cu responsabilități mai alimentate afectiv. Există foarte multe răni de vindecat. Există și probleme grave privind aspectele sanogene ale familiei. Este îngrijorător numărul de tineri cu debilitate fizică, subponderali și cu indici staturali scăzuți. Există SIDA. Există și mai mulți copii handicapați decît ar fi statistic permis în țara noastră. Există apoi numeroase femei traumatizate de prezența copiilor nedorîți. Deci, există foarte multe lucruri de făcut pentru familie. Să nu uităm navetiștii, oamenii de rădăcină cu forța, cu traumatismele lor, dar mai ales să nu uităm eroii revoluției, cei ce au creat libertății noastre și drumului nou de istorie dureroase insomnii și regrete de neuitat.

Dr. Gh. M. GHEORGHE

MODERNIZAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN TRAUMATISMELE APARATULUI LOCOMOTOR

Interviu cu general maior prof. dr.
Gheorghe NICULESCU,
șeful clinicii de ortopedie și traumatologie
din cadrul Spitalului militar central -
București

— Frecvența și diversitatea catastrofelor naturale, la care se adaugă, din păcate, și cele provocate de om cu bună știință — războaiele —, înregistrează un număr impresionant de victime, accidentați, răniți, a căror sănătate este grav afectată. Politraumatismele cu componentă principală osteoarticulară cit și polifracturile reprezintă o caracteristică importantă.

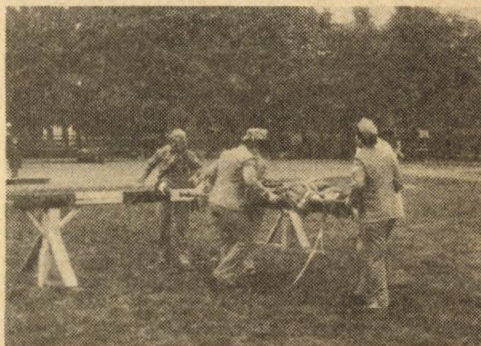
Informațiile și datele furnizate de organismele specializate ale O.N.U., de Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie și de Comitetul Internațional al Crucii Roșii arată de fiecare dată dimensiunea umană a catastrofelor, evidențind măsurile de urgență instituite și reclamînd sprijin internațional material și uman, printre altele și prin

echipe medicale, chemate să localizeze și să neutralizeze epidemii și să intervină în urgențe chirurgicale. Vă rugăm, stimate domnule profesor, să precizați ce loc ocupă cele ortopedice și traumatologice?

— O caracteristică importantă atît a politraumatismelor cu componentă principală osteoarticulară, cît și a polifracturilor o prezintă frecvența mare a acestor leziuni. Datele publicate în caz de catastrofă arată că 71 la sută din răni interesează membrele, cu variații între 59-85 la sută (după diferite statistici). Dintre acestea, aproape 40 la sută sînt însoțite de fracturi (35-46 la sută), cu o mortalitate încă ridicată (conform unor statistici pînă la 20-26 la sută). Repartizate pe localizări osoase, cele mai frecvente au fost fracturile oaselor antebratului (36,7 la sută), gămbei (30 la sută), bazinului (20,3 la sută) și coapsei (13 la sută). În ceea ce privește rănile articulare, procentul lor a variat între 4 și 13 la sută, dintre care leziunile genunchiului 27 la sută, umărului 24,2 la sută, cotului 23,8 la sută, gleznei 16,2 la sută și, în fine, cele ale șoldului 8,8 la sută. Ultimele, deși în aparență reduse ca procent, au fost, în realitate, mult mai frecvente, mulți răniți cu asemenea leziuni decedînd la locul accidentului.

— Datele statistice arată o mare diversitate lezională a polifracturilor.

— Într-adevăr, diversitatea lezională a polifracturilor este deosebit de mare, fapt ce reclamă realizarea unui triaj medical cit mai competent, în care să se aibă în vedere atît leziunea de la nivelul axului osteoarticular, cît și simptomele asociate. În acest sens, polifracturații se împart în trei categorii: **polifracturați simpli**, cu interesarea exclusivă a aparatului locomotor, fără compromiterea stării generale; **polifracturați complecși**, la care se asociază leziuni ale tegumentelor (clasificarea Cauchoix) sau ale mînunchiului vasculo-nervos; **polifracturați complicați**, la care se constată, în plus, alterarea severă a stării generale (boala traumatică).



Politraumatismele cu componentă principală osteoarticulară au ridicat, mai ales în caz de catastrofă naturală, probleme dificile de logistică medico-chirurgicală. Mortalitatea a fost totuși redusă, atunci cînd s-au luat măsuri de evacuare rapidă de la locul accidentului: în

prima oră 31 la sută și până la 4 ore de la rănire 86 la sută, față de 6-8 ore sau chiar 12-15 ore de la rănire, când e prea târziu; folosirea precoce (primele 3 ore) a antibioticelor și la un număr masiv de răniți (peste 70 la sută); aplicarea imediată a măsurilor de reanimare, inclusiv perfuzia cu sînge (circa 850 cmc lichide



înlocuitoare în primele ore de la rănire); folosirea mijloacelor moderne de evacuare și imobilizare.

Ca urmare a existenței aproape simultane a unui impresionant număr de răniți, foarte variabil ca sediu, multitudine etc. și cu potențial inegal de supraviețuire, a apărut o nouă concepție privind logistica evacuărilor medicale: principiul evacuărilor selective – salvarea în mod prioritar a răniților cu șanse mai mari de supraviețuire. Pentru efectuarea acestor acte medicale se impune deplasarea echipelor chirurgicale și de reanimare cît mai aproape de locul catastrofei, cu scopul de a tria, trata și apoi evacua în siguranță polifRACTURATII și politraumatizații din zona respectivă.

— Pentru asigurarea unui confort minim celui accidentat brancarda este cel mai folosit mijloc de transport de la locul catastrofei.

— De-a lungul anilor s-au imaginat și construit diferite brancarde, dintre care amintim: brancarda ortopedică Ferno-Washington tip SCOOP, cu cele două tipuri – riglă sau pliantă; brancarda de imobilizare cu vacuum, folosită cu succes la Institutul de urgență din Ulm; brancarda autopurtată pe cărucior; superbrancarda de reanimare, realizată de Laboratorul naval din San Diego (statul California, S.U.A.) etc.

— Sint cunoscute preocupările colectivului clinicii pe care o conduceți pentru îmbunătățirea parametrilor funcționali ai brancardelor: „Targa pentru transportul politraumatizaților”, căreia i s-a acordat brevet de invenție, iar autorilor (Gh. Niculescu, I. Boghițoiu, S. Diaconescu, C. Cojocaru, C. Babalac, C. Butunoiu), Certificat de invenție nr. 89537 din 27 februarie 1986 și care a intrat în dotarea autosanitarelor Ministerului Sănătății. Ce caracteristici are?

— Targa îndeplinește condițiile necesare pentru imobilizarea și transportul polifRACTURA-

tilor de la locul producerii accidentului și pînă la spital; asigură imobilizarea perfectă pentru fracturile membrului inferior și superior, extensia continuă pentru membrul inferior, imobilizarea extremității cefalice și coloanei cervi-dorso-lombare; este construită din duralumin și fibre de sticlă, fapt ce-i conferă o greutate redusă și o rezistență mare; se aplică sub rănii, fără a-i schimba poziția în care se găsește din momentul rănirii; este transparentă la razele Roentgen; este ușor de curățat și întreținut; fiind demontabilă și pliantă, ocupă un loc redus în autosanitare, se adaptează la autosanitarele tip sau la oricare alt vehicul.

— Alături de oprirea hemoragiei și aplicarea pansamentului, imobilizarea provizorie a segmentului lezat este al treilea element principal în cadrul primului ajutor, fiind un act terapeutic de extremă urgență. Ce avantaje prezintă?

— Este bine spus avantaje și aș sublinia următoarele: calmează durerea și permite evacuarea confortabilă a polifRACTURATULUI (gest de necesitate funcțională, uneori chiar vitală); evită instalarea șocului, previne apariția unor complicații (deschiderea focarului de fractură, sfîșierea aponevrozelor și tendoanelor, ruperea vaselor și mușchilor), fiind astfel un act de logică medicală; scade în mod evident mortalitatea prin complicații ce ar putea să apară, constituind astfel un gest de satisfacție umană. Astfel, folosirea atelei de tip Thomas a permis să se scadă mortalitatea, în armata engleză, în cursul primului război mondial, de la 80 la sută la 30 la sută.

Aș vrea să menționez că în efectuarea imobilizării provizorii trebuie să se aibă în vedere: relaxarea relativă a membrului fracturat, printr-o tracțiune ușoară și progresivă asupra segmentului distal (această manevră nu se va aplica la traumatizații cranieni care și-au pierdut cunoștința sau sint în stare de comă). Se va aplica cît mai precoce, întrucît în această perioadă sensibilitatea este redusă, iar caracterul cominutiv al fracturii permite reducerea focarului de fractură; protejarea epifizelor osoase, prin aplicarea imobilizării peste îmbrăcăminte, după ce s-a făcut pansamentul eventualei plăgi sau prin învelirea ei în vată, rufe, haine etc.; cuprinderea totalității masei numulare ce acționează asupra focarului de fractură și nu numai a articulațiilor supra și subiacente fracturii, așa după cum se cunoștea anterior.

— Colectivul Clinicii de ortopedie și traumatologie din cadrul Spitalului militar central a realizat „Dispozitivul de imobilizare și de transport al polifRACTURATILOR”, căruia i s-a acordat Brevet de invenție iar autorilor Certificat de invenție nr. 90658 din 30.VI.1988 și care a intrat în dotarea autosanitarelor Ministerului Sănătății. Din cîte cunoaștem, cu acest dispozitiv se realizează imobilizarea și extensia membrului inferior, precum și imobilizarea bazinului și a membrului superior.



Vă rugăm să vă opriți asupra principalelor caracteristici ale acestui dispozitiv.

- Realizează imobilizarea completă a tuturor fracturilor membrelor (superior și inferior); asigură reducerea și fixarea fracturii; previne complicațiile vasculare și nervoase ce ar putea fi generate de deplasarea capetelor osoase fracturate; asigură un bun transport al răniților; permite realizarea radiografiilor fără a se scoate sistemul de imobilizare; asigură tratamentul ortopedic în continuare sau îngrijirea atentă a plăgilor; este ușor de aplicat și se adaptează la talia răniților.

În cazul cînd la locul accidentării a sosit o echipă medicală, se poate aplica imobilizarea cu ajutorul fixatorului extern. Doresc să subliniez că sus-menționatul colectiv din Clinica de ortopedie și traumatologie a Spitalului militar

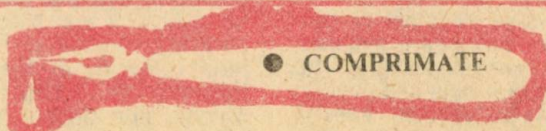
central a realizat un set de fixatoare externe. Baza a constituit-o „Fixatorul extern cu dublu cadru autocompactor-reductor”, la care s-au adăugat „Fixatorul extern semicircular” și „Fixatorul extern circular”, toate obținînd brevet de invenție.

- Ce proiecte de viitor are colectivul pe care îl coordonați?

- Sînt în studiu „perlele cu antibiotice pentru prevenirea și tratarea fracturilor deschise” și „feșile gipsate prefabricate” pentru realizarea cărora facem apel la laboratoare adiacente.

- Reținînd că eforturile dv. în domeniul cercetării vizează optimizarea actului medical în urgențele ortopedice și traumatologice, vă urăm succes și vă mulțumim în numele cititorilor.

Valeria CHILĂU



● COMPRIMATE

● „Jenmin Jibao” anunță că rezultatele observațiilor asupra stratului de ozon de la Polul Nord, întreprinse în comun de specialiști din Asia, S.U.A și Europa, arată că acest strat, cît și cel de la Polul Sud, este situat la o altitudine cuprinsă între 25—30 km și este izoterm. Stratul de ozon absoarbe radiațiile ultraviolete, apărînd astfel viețuitoarele de pe Pămînt. Cu ocazia acestor observații s-a constatat că în zona cuprinsă între 22—28 km altitudine deasupra Polului Nord proporția de ozon scade anual în

medie cu 15—30 la suta, creîndu-se condiții pentru formarea „găurilor de ozon”.

● Agenția ANSA aduce în discuție importanța folosirii morcovilor în bătălia împotriva cancerului. Ea atrage atenția asupra faptului că un consum crescut de morcovi — producînd betacaroten, agent antitumoral cu spectru larg de acțiune — poate împiedica evoluția unor faze precancerigene. Aceasta este părerea cercetătorilor de la Institutul de patologie generală a Universității din Pavia (Italia), conduși de prof. dr.

Leonida Santamaria, care de 10 ani efectuează studii în acest domeniu. După ei, procesele de oxidare din organism sînt bine controlate de betacarotenul extras din morcovi. Nu este, desigur, de ajuns să consumi un morcov pe zi pentru a evita cancerul. Dar este demonstrat că 20 mg de carotenoide (sub formă concentrată de pastile sau dintr-o cantitate echivalentă de morcovi) are efecte binefăcătoare și preventive față de tumorile pielii, vezicii, plămînilor, stomacului, mamelei și colonului.

CE E NOU ÎN BALNEOLOGIE?

Interviu cu prof. dr. Nicolae TELEKI, directorul Institutului de medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare medicală

Iată o întrebare care interesează din ce în ce mai multă lume. Pentru că balneologia este astăzi nu numai un mare potențial terapeutic, o parte integrantă a activității curativoprofilactice cu mare accesibilitate și cu rezultate deosebite, ci și un domeniu în care fiecare om are nevoile, obișnuințele și... preferințele sale.

Așadar, ce e nou în balneologie? Ne-am



INTERVIU

adresat cu această întrebare prof. dr. Nicolae Teleki, directorul Institutului de medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare medicală. Din discuția cu dînsul desprindem cîteva informații referitoare la activitatea Laboratorului de studii și cercetări asupra resurselor naturale terapeutice din cadrul acestui institut care în ultima perioadă (1987—1989) și-a axat activitatea pe cercetarea multidisciplinară a tuturor categoriilor de factori naturali — ape minerale, nămoluri, turbe, gaze mofetariene și bioclimat —, evidențiind din acest punct de vedere factori cantitativi și calitativi, evoluția lor în timp, precum și măsuri în scopul valorificării acestora, optimizării exploatării și protecției.

— Dintre lucrările încheiate menționăm studiul complex privind optimizarea exploatării zăcămintului mineral de la Băile Herculane în cadrul căreia specialiștii institutului au executat recondiționări, intervenții și modernizări la majoritatea surselor stațiunii, actualizarea analizelor fizico-chimice și bacteriologice, cu indicații de utilizare terapeutică, studii privind consumurile și distribuția apelor de la sursă la consumator, cu modificările chimismului pe acest parcurs, studii bio și topoclimatice privind evidențierea zonelor de practicare a aéro și helioterapii, precum și studii privind condițiile de mediu în galeria minieră Roman, în perspectiva utilizării acestora în scop terapeutic.

În cadrul studiilor de continuitate ale institutului, privind urmărirea în timp a evoluției ecosistemelor lacustre peloidogene în corelație cu activitățile antropice, s-a urmărit, din punct de vedere fizico-chimic și al capacității antimicrobiene, nămolul de Techirghiol în condițiile diluției apei lacului, ca și distribuția geochemică a unor microelemente cu potențial toxic în apa și nămolul lacurilor Techirghiol, Fundata, Amara, în relațiile cu activitățile agro-chimice din zonele limitrofe.

În scopul studierii posibilităților de stimulare a unor activități bacteriene, în condițiile create prin utilizarea apelor sulfuroase în bazinele de tratament de la Nicolina-Iași și Govora, s-au realizat experimente — pe loturi de bolnavi suptuși la aerosoloterapie cu ape sulfuroase de diluții diferite — care au condus la optimizarea tehnicii de utilizare a acestor ape în afecțiunile respiratorii.

Studiile privind stabilitatea fizico-chimică, microbiologică și farmacodinamică a apelor minerale îmbuteliate și infoliate de la Tămășeu, Tg. Lăpuș și Olănești au demonstrat posibilitățile de păstrare pe timp determinat a calităților terapeutice ale acestora.

În vederea stabilirii potențialului actual de factori naturali ai județului Cluj, au fost reactualizate sintetic toate datele privind apele minerale, nămolurile, turbele, lacurile terapeutice și bioclimatul localităților de interes balnear din acest județ, studiu complex ce a stat la baza întocmirii proiectelor de lucrări hidrologice pentru stațiunile Turda, Someșeni și Co-

jocna, în care institutul va începe, încă din acest an, lucrări de optimizare a exploatarei factorilor de cură, inclusiv de introducere în circuitul balnear al salinei Turda.

Pentru introducerea de noi tehnici de lucru cu ridicarea gradului de sensibilitate a metodelor de analiză fizico-chimică, au fost executate studii metodologice de determinare a unor microelemente.

În cadrul colectivului balneotehnic s-a finalizat studiul privind modularea unităților funcționale ale bazelor de recuperare pe diferite profile - diabet, obezitate, neurologie.

Tot în anul 1988 au fost finalizate studiile privind acțiunea farmacodinamică a unor ape minerale sulfuroase de cură internă de la Mangalia și Băile Herculane.

Suplimentar față de planul de cercetare, în cursul anului trecut au fost executate, la solicitarea diferiților beneficiari, studii privind factorii naturali de cură - ape minerale, nămoluri și bioclimat - în stațiuni ca Boghis, Soveja, Slănic Prahova, Mîndrești (Botoșani), Vizantea (Vrancea), Mitreni (Giurgiu), precum și în raza municipiului București.

În cadrul colectivului de bioclimatologie au fost întințate, dotate și îndrumate, stațiile meteorologice de la Eforie Nord și Călimănești. În anul 1989 se continuă lucrările privind crearea, prin foraje, a unor noi surse hidrominerale din zona Nicolina a municipiului Iași, precum și lucrările complexe de optimizare a exploatarei factorilor naturali de cură din stațiunile Călimănești-Căciulata-Cozia și Tușnad. Menționăm că la Nicolina a fost dat în funcțiune forajul nr. 1 IMFBRM, cu un debit de circa 1 l/sec; care acoperă necesarul de apă minerală al Spitalului de recuperare.

La Călimănești-Căciulata-Cozia au fost predate beneficiarului sursele hidrominerale recondiționate F1, F2, F3, F4 Cozia, F2 Căciulata.

Izvorul nr. 1 Căciulata, precum și aducțiunea sursei F2 Căciulata la buveta comună cu Izvorul nr. 1.

În stațiunea Tușnad sînt într-o fază finală lucrările de reintroducere în circuitul balnear a izvorului tradițional „Stănescu” și sînt în curs de execuție lucrările de captare a gazului mofetarian din zona Poiana Tisei, ce va alimenta o nouă mofetă.

Institutul este implicat, în zona litoralului Mării Negre, prin lucrări de cercetare și asistență tehnică privind valorificarea apelor minerale sulfuroase, posibil bromurate, și a turbei terapeutice, de bună calitate, din zona Mangalia.

În ceea ce privește lacurile terapeutice, ca lucrare de continuitate se remarcă studiul hidrogeologic, batipeloidometric, fizico-chimic și biologic al lacului Balta Albă, cea mai veche stațiune de acest fel din țară.

Colectivul de bioclimatologie continuă în acest an studiile privind corelarea ionizării aerului din stațiuni cu fondul natural radioactiv de origine telurică, precum și cercetările asupra variațiilor diurne ale elementelor meteorologice în scopul prognozei meteo-medicale.

Pînă în prezent au fost executate și predate beneficiarilor, în afara temelor de plan, proiectele geologice privind lucrările de cercetare și optimizare a exploatarei zăcămintelor de factori naturali terapeutici de la Geoagiu-Băi și Oglinzi, ce stau la baza unor intervenții tehnice deja în execuție de către institut sau alte unități.

În etapa care urmează, Laboratorul de cercetări a resurselor terapeutice va fi angrenat într-o serie de studii privind dinamica și prognoza evoluției unor lacuri terapeutice (Sovata, Techirghiol, Amara, Lacul Sărat-Brăila), studii de optimizare a exploatarei și protecției zăcămintelor de la Borsec.

C. ION

● „Pour la Science” informează că femeile care suferă de sindrom premenstrual consumă, în afara meselor, cu 460 de calorii mai mult decât femeile de aceeași vîrstă dar care nu prezintă acest sindrom. Se pare că aceste puseuri de foame, survin în anumite momente precise ale zilei. Perioadicitatea lunară și sezonieră se datorează poate acțiunii hormonilor ovarieni sau a melatoninei asupra creierului.

● Dr. J. Tisler a anunțat că în S.U.A. a fost pusă la punct o nouă tehnică nechirurgicală de îndepărtare a pietrelor din vezica biliară. Ea utilizează

NOTE

eter metilic (folosit larg în S.U.A. ca aditiv la uleiul pentru motoare), care se introduce în vezica biliară printr-un tub fin de plastic. Astfel, în mai puțin de o zi cele mai mari pietre din vezică sînt dizolvate.

● Testele psihiatrice atestă că obezii sînt categoric dispuși la o stare depresivă. Pentru a combate tensiunea nervoasă, plictiseala sau oboseala psihică ei recurg la zahăr ca la un drog, simțindu-se mai liniștiți după ce au mâncat.

● La „Tokyo Women's Medical College” a fost izolat un Renal Growth Factor (RGF) — amestec de hormoni pituitari de oaie și de porc. RGF este capabil să stimuleze proliferarea celulelor renale. Este în curs de izolare RGF uman. El apare ca un excelent candidat pentru tratamentul insuficienței renale și al nefritei — boala de care suferă peste 80 000 de japonezi.

INTOXICAȚII ȘI ANTIDOTURI

Interviu cu conf. dr. Marțian COTRĂU,
I.M.F.-Iași

— În calitatea dv. de toxicolog — reprezentant al unei științe cu rădăcini adânci și cu implicații covârșitoare în lumea modernă pentru om și mediul înconjurător — ce ne puteți spune despre toxici și riscurile la care supun ei organismele vii?

— Orice formă de viață, fie minerală fie biologică, se desfășoară după anumite legi, capabile să asigure evoluția normală. În lumea biologică numeroase riscuri amenință permanent organismele vii. Riscurile pot fi de natură fizică (fenomene meteorologice, electrice, radiații ionizante etc.), microbiologice, chimice. De asemenea, legate de modul de viață (folosire abuzivă a alcoolului, tutunului, medicamentelor ca și de accidente rutiere sau de muncă). Riscurile chimice sînt denumite „toxici”, adică substanțele capabile să deterioreze sau chiar să distrugă procesele vitale ale organismelor. Toxicii reprezintă amenințarea continuă exercitată de mediul înconjurător poluat asupra individului sau a colectivității.

— De cînd se cunosc toxicii și ce rol au jucat ei?

— Strămoșii noștri au fost ultimii apăruiți pe Terra, unde era deja constituită lumea minerală, vegetală și animală. Pentru a supraviețui, ei își adunau hrana din mediul înconjurător — erau culegători și vînători —, apoi, în epoca neolitică, s-au stabilit ca păstori și agricultori. Spre deosebire de animale — nevertebrate și vertebrate —, care posedă instinctul de a diferenția hrana otrăvitoare de cea inofensivă, omul a trebuit să învețe, uneori cu riscul vieții, să se ferească de otrăvuri; el a fost deci „toxicolog” în mod empiric. Aceste cunoștințe despre otrăvuri i-au oferit o armă de temut. El și-a dat seama că nefiind destul de ager și de rapid pentru a prinde anumite animale, nici destul de puternic pentru a face față dușmanilor numeroși, ar putea spori puterea de ucidere a armelor primitive prin efectul supraadăugat al otrăvii. Dovezi în acest sens există chiar din preistorie; spre exemplu, în grotile de la Massat (Franța) s-au descoperit săgeți de corn cu virfurile prevăzute cu un mic șant longitudinal în care se introducea otrava.

— Care este diferența dintre termenii „toxic” și „otrăvă”?

— Majoritatea culturilor au cunoscut fenomenul de otrăvire, iar cuvîntul toxic (otrăvă)

există, probabil, în majoritatea limbilor. El era cunoscut de grecii antici sub forma „toxikon” (otrăvă), care, după Dioscoride (sec. I e.n.), derivă de la „toxon” (arc) și se referă la practica utilizării săgeților otrăvite în luptă sau la vînătoare. Unii autori afirmă că „toxicon” provine de la „take”, cuvînt egiptean cu semnificație de distrugere, moarte. După Pliniu (sec. I e.n.), termenul „toxicus” derivă de la „taxus”, o specie de conifer ale cărui fructe otrăvitoare erau folosite la înveninarea săgeților. Cuvîntul „otrăvă” din limba noastră provine de la verbul slav „otrăviti” (a produce amarăciune, mîhnire, a tulbura seninătatea sufletească). Oricum, toxicul reprezintă „săgeata arcului”, capabilă să distrugă înlanțuirea dinamică a echilibrului vital, cu alte cuvinte, homeostazia organismului viu.

— Ce sînt intoxicațiile și cum se clasifică ele?

— Intoxicația este ansamblul de semne și simptome — constituind o stare patologică — instalat după pătrunderea unui toxic în organism. Ca urmare, se produce dereglarea, alterarea sau chiar abolirea unor funcții vitale, uneori cu sfîrșit letal. Intoxicația presupune, obligatoriu, pătrunderea din exterior a unui toxic în organism, pe cale digestivă, respiratorie, transcutanată, transmucoasă, parenterală etc. În cadrul intoxicațiilor se disting intoxicațiile voluntare (crime, sinucideri, toxicomanii) și intoxicații accidentale (accidentale propriu-zis — medicamentoase, profesionale, alimentare etc.). O formă aparte de intoxicație este fenomenul de doping.

— Frecvența tipului predominant de intoxicație a rămas oarecum constantă în decursul timpului sau a suferit variații?

— Otrăvirile criminale s-au produs în toate epocile de-a lungul istoriei, dar au existat perioade în care răspîndirea lor a luat o amploare neobișnuită: Roma imperială, Italia din timpul Renașterii, Franța secolului al XVII-lea etc. Începînd din secolul trecut, odată cu progresele în depistarea toxicilor — ceea ce permite descoperirea crimelor aproape cu certitudine —, ca și cu evoluția conștiinței umane, numărul crimelor a scăzut considerabil. Totodată, dezvoltarea chimiei și modernizarea modului de viață au determinat creșterea masivă a numărului intoxicațiilor accidentale, ca și a sinuciderilor. În prezent, intoxicațiile, împreună cu accidentele, ocupă locul 4-5 în tabloul morbidității și mortalității generale. O caracteristică a secolului nostru este, din acest punct de vedere, frecvența crescută a episoadelor de intoxicație colectivă. Să menționăm doar episoadele de intoxicație cu smog oxidant (Los Angeles) sau acid (Londra), intoxicația colectivă cu mercur (golful Minamata-Japonia), dioxină (Seveso-Italia), izocianat de metil (Bopal-India), care au provocat sute și mii de victime și mari pagube materiale, dar au atras, totodată, atenția forurilor competente asupra posibilității producerii unor asemenea catas-

trofe.

- Cum s-au reflectat în conștiința oamenilor cazurile de otrăvire criminală, în special în epocile în care acestea au fost deosebit de frecvente?

— Din totdeauna otrăvitorul a fost înfierat ca cel mai josnic dintre criminali, iar otrava a fost privită ca arma celor lași. Oricare ar fi mobilul crimei - răzbunare, ură, dorință de putere sau de avere, dragoste etc. -, otrăvitorul nu are nici o scuză, nici o „circumstanță atenuantă”, căci el a premeditat crima. De aceea, în toate timpurile legiurile au prevăzut pedepse aspre pentru această nelegiuire. Iată câteva exemple: în antichitatea romană, legiurile fundamentale denumite „cele douăsprezece table” (secolul al V-lea î.e.n.) stabilea că „cel ce prepară sau administrează otrăvă va fi considerat criminal”. Legea Cornelia, de asemenea la romani (81 î.e.n.), se ocupa într-un capitol special de ucigași și otrăvitori; Legea salică, a francilor, (sec. al V-lea e.n.) stabilea o amendă uriașă pentru „oricine dă cuiva să bea ierburi pentru a-l face să moară”; Edictul din 1682 din Franța, dat de Ludovic al XIV-lea în urma răsunătoarei „afaceri a otrăvurilor”, prevedea: „vor fi pedepsiți toți cei dovediți că s-au servit de otrăvuri, fie că a survenit sau nu moartea, ca și cei dovediți că au pregătit sau distribuit otrăvuri pentru a otrăvi...”; în Pravila lui Vasile Lupu (1646) scrie: „oricine va omori pe altul cu otrăvă, să se certe mai rău decât acela ce face ucidere cu sabia sau cu altă armă...”.

— Care sunt implicațiile socio-economice ale impactului toxic-organism?

— Intoxicația, indiferent de tipul ei, afectează deopotrivă individul și societatea. Dacă suferința umană nu poate fi, actualmente, cuantificată, în schimb se apreciază că efectele negative socio-economice constituie o sarcină considerabilă pentru individ și societate. În urma intoxicației subiectul își pierde, temporar sau definitiv, capacitatea de muncă, necesitând cheltuieli pentru spitalizare și tratament, precum și concediu sau pensie de boală. Spre a da numai un exemplu, îngrijirea medicală necesară, în medie, unui intoxicat cu sodă caustică se apreciază la aproximativ 50 000 lei.

— Există posibilități de apărare împotriva intoxicațiilor?

— Apărarea împotriva intoxicațiilor include, în primul rând, identificarea și clasificarea agenților toxici, ca și descoperirea mecanismelor toxicității. Prin această, se ajunge la aplicarea antidoturilor, când intoxicația acută sau cronică s-a declarat, precum și la prevenirea intoxicației prin interzicerea utilizării unui agent chimic sau a ingerării unui aliment dovedit nociv.

Referindu-ne doar la primul aspect - al antidoturilor -, menționăm că ideea este tot atât de veche ca și a otrăvurilor, căci a apărut, în mod firesc, din necesitatea de apărare împotriva lor. Necunoscându-se proprietățile chimice și modul de acțiune a otrăvurilor, la alegerea antidoturilor se proceda în mod empiric,

lăsând imaginației și chiar relei credințe un vast câmp de combinații. Se atribuiau proprietăți miraculoase de contraotrăv sau, uneori, de indicator al prezenței otrăvirii, oriunde s-ar fi aflat în preajma omului, celor mai variate produse: părți de plante și animale, pietre prețioase, alte minerale etc. Căutarea de antidoturi a avut, ca latură pozitivă, primele încercări de a studia plantele. Plutarh, în „Vieți paralele”, relatează că Attalos Philometor, regele Priamului (sec. al II-lea î.e.n.) „cultivase ierburi otrăvitoare... plantându-le el însuși în grădina palatului regal; semănându-le, își dădea silința să le cunoască sucurile și semințele”. Teama de otrăvire a impus, de asemenea, necesitatea creării obișnuinței la otrăvă. Un text antic menționează că „Efectele tuturor plantelor tămăduitoare sau otrăvitoare sînt micșorate datorită obișnuinței”. Este cunoscut cazul lui Mitridate, regele Pontului (sec. I î.e.n.), care ingera cantități crescînde de otrăvuri pentru a se feri prin crearea obișnuinței de o eventuală otrăvire. Lui i se datoresc și o serie de rețete de antidoturi, larg răspândite în lumea antică și chiar mai târziu.

— Cum a evoluat conținutul noțiunii de antidot odată cu înțelegerea mecanismelor care stau la baza toxicității fiecărui toxic sau grupe de toxici?

— În sensul modern al noțiunii, antidoturile sînt substanțe capabile să inactiveze toxicii prin fenomene fizice sau chimice - antidoturi propriu-zise - ori să antagonizeze efectele toxicilor - antidoturi fiziologice. Dintre antidoturile propriu-zise fac parte substanțele chelante, de exemplu dimercaptopropanolul (DMP), cunoscut și sub numele de BAL (British Anti-Lewisite), antidot tioloilor împotriva arșinelor și a unor metale, elaborat de marele chimist Peters și de dr. Gavrilescu în timpul celui de-al doilea război mondial. Un exemplu de antidot fiziologic este atropina, care combate, în intoxicațiile cu substanțe organofosforice, efectele muscarinice declanșate prin acumularea de acetilcolină. Recent se utilizează, ca adjuvant în această intoxicație, pseudocolinesteraza exogenă, cu rol de tampon fiziologic sau de „silent receptor”, suplinind colinesteraza plasmatică inhibată de toxice. Trebuie însă de menționat că numărul antidoturilor specifice este restrîns, astfel încît numai 2 la sută din intoxicațiile acute beneficiază în prezent de tratament antidotic.

— Și totuși, se poate încheia pe o notă de optimism această succintă trecere în revistă?

— Desigur. Istoria antidoturilor moderne începe abia în 1940, odată cu cercetările lui Chen. În mai puțin de o jumătate de secol s-au validat antidoturi pentru mai multe categorii de toxici, iar numărul vieților salvate este astfel impresionant. Cercetările în curs și cele viitoare în acest domeniu îndreptățesc speranța în noi și valoroase realizări. Recent, noua ramură a toxicologiei - imunitoxicologia - a descoperit o cale nebanuită de preparare a anti-

doturilor biologice. Se folosesc anticorpi monoclonali cu greutate moleculară mică și mare specificitate, care vor complexa toxicul, eliminându-l, cu ușurință și fără risc, pe cale renală. Cu asemenea perspective se va ajunge la o etapă calitativ superioară în lupta contra toxicilor, adeverind, o dată mai mult, valoarea aforismului: „Spes anchora vitae” (Speranța este ancora vieții).

Cristian IONESCU

HEMOFILIA LA VÎRSTA COPILĂRIEI

Interviu cu conf. dr. Constantin RUSNAC
I.M.F. Tg. Mureș

— Sub aspect medical, hemofilia este cunoscută ca o boală moștenită, caracterizată prin sîngerări repetate, persistente și abundente. Cărei cauze se datorează apariția sa?

— Boala aceasta se datorează unei tulburări de coagulare a singelui. În acest sens, hemofilia este o coagulopatie ereditară, urmare a deficitului de producție a unor factori de coagulare. După cum se știe, în procesul complex al prevenirii și combaterii hemoragiilor, coagularea constituie o etapă importantă, ea asigurînd, prin formarea cheagului de singe, oprirea sîngerării din vasul lezat. Un număr de 13 factori sînt implicați în procesul coagulării, numerotarea lor făcîndu-se de la I la XIII, fiecare dintre ei purtînd și o denumire legată de rolul în procesul coagulării sau numele autorului

care l-a descoperit. În hemofilie sînt deficitari factorii VIII și IX, și anume: în lipsa factorului VIII apare hemofilia A, iar în absența factorului IX hemofilia B; drept care cei doi factori mai poartă și denumirea de factori antihemofilici A

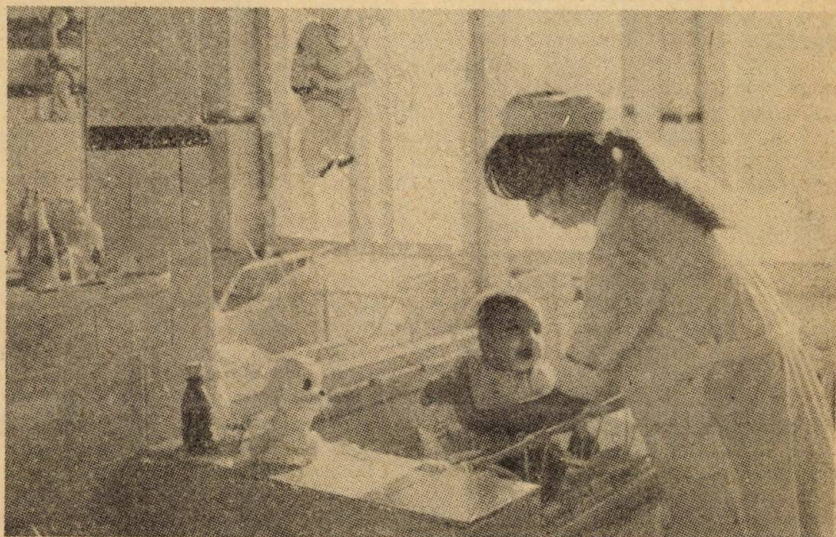
și, respectiv, B. Hemofilia A este mai frecventă (120-130 cazuri la un milion de nașteri), reprezentînd 80% din totalul hemofiliilor; hemofilia B reprezintă 11-15% din sindroamele hemofilice. În plus, hemofilia A evoluează cu hemoragii severe, în timp de hemofilia B se caracterizează prin sîngerări de intensitate medie.

— Prezențați-ne, vă rog, pe scurt, cite ceva din istoricul hemofiliei în lume.

— Hemofilia se cunoaște încă din antichitate, tendința anormală de sîngerare fiind menționată în Talmud, ale cărui texte cuprindeau indicația de evitare a circumciziei la băieți ai căror frați au decedat prin hemoragie după practicarea acestei intervenții pentru mărirea orificiului prepuțial (prea strîmt la unii copii). Deși primul caz de boală a fost descris la începutul secolului trecut (1803), denumirea de hemofilie sau „pierdere de singe” s-a stabilit abia în 1939 (de către Schönlein), după ce la începutul secolului al XX-lea se precizase faptul că boala apare exclusiv la subiecții de sex masculin, al căror singe coagulează cu foarte multă întîrziere. A urmat descoperirea factorilor deficitari ai coagulării și descrierea modului particular de transmitere a bolii. Frecvența hemofiliei este de un caz la 20 000 de persoane sau 5-7 bolnavi la 100 000 de locuitori. Cifrele variază de la o țară la alta; de pildă, în Finlanda se citează existența unui caz de hemofilie doar la 13 000 bărbați, în timp ce în Danemarca, un caz la 7 000 bărbați.

— Cum se transmite această boală?

— Hemofilia clasică, cauzată de deficiențe ereditare a factorilor de coagulare VIII sau IX,



se transmite de la o generație la alta prin femeii numite purtătoare de hemofilie și care nu fac boala, care se manifestă numai la bărbați. Explicația apariției hemofiliei A și B numai la sexul masculin constă în faptul că deficitul

factorilor de mai sus este legat de cromozomul X, din care bărbații posedă unul singur (perechea fiind un cromozom Y). Femeia, având doi cromozomi X (ca pereche de sex-cromozomi), nu face boala deoarece cromozomul afectat este contracarat de cel de-al doilea, care este normal. Schematic, modul de transmitere ereditară a hemofiliei este următorul:

I. Dacă tatăl este hemofilic iar mama sănătoasă, fetele sînt purtătoare ale bolii, iar băieții sînt normali.

II. Dacă mama este purtătoare a bolii iar tatăl sănătos, 50% din fete sînt purtătoare și 50% sănătoase, 50% din băieți sînt hemofilici și 50% normali.

— Care sînt simptomele în hemofilia copilului?

- Simptomul cardinal al hemofiliei este hemoragia, respectiv sîngerări diverse declanșate de traumatisme (uneori minore), injecții, intervenții chirurgicale (extracții dentare, operații pentru polipi sau amigdale etc.), plăgi (răni) deschise în regiunile osoase proeminente (cum este fruntea, bărbia) ș.a. Caracteristice pentru hemofilie sînt hemoragiile din interiorul articulațiilor (hemartrozele), cele mai afectate articulații fiind genunchii, apoi gleznele, coatele, mina, umărul și soldul. În general, este afectată o singură articulație, care se mărește ca volum, devine foarte dureroasă și caldă. Cu ocazia unui nou episod hemoragic se prinde de regulă acea articulație, cu timpul instalîndu-se o artrită cronică deformantă cu anchiloză definitivă (imposibilitatea de a mai face mișcări articulația respectivă). Hemoragiile intramusculare se întîlnesc în formele severe de hemofilie, care se pot manifesta de la naștere cu hemoragie intracraniană și sîngerare prelungită cu ocazia tăierii cordonului ombilical. La vîrsta de sugar hemoragiile apar în legătură cu primii pași și microtraumatismele însoțind această tentativă sau în legătură cu apariția primului dinte (incisiv inferior), cînd este posibilă lezarea frenului limbii și formarea unui mare hematom (pungă de sînge), ce prinde și planșul bucal și poate provoca asfizia copilului. Pe parcursul timpului mai pot surveni hemoragii nazale (epistaxis), dentare, gingivale, gastro-intestinale, urinare (hematurii) ș.a., hemoragii totdeauna provocate, uneori de traumatisme minore (consumarea unor alimente mai consistente, manipularea unor jucării, administrarea unor injecții locale etc.). În plus, ceea ce mai are particular hemoragiile unui copil hemofilic este faptul că sînt repetate, persistente și abundente, atenuîndu-se odată cu înaintarea în vîrstă, deși deficiența factorilor de coagulare rămîne constantă toată viața. Din punct de vedere al analizelor de laborator, ceea ce caracterizează hemofilia este prelungirea timpului de coagulare a singelui de la 8-10 minute (cit se consideră normal) pînă la cîteva ore (în funcție de gradul deficitului de factor antihemofilic). Pe scurt, hemofilia va fi suspectată ori ce cite ori un copil de sex masculin prezintă după traumatisme

(chiar minore) hemoragii repetate și de durată, mai ales intraarticular sau intramuscular și în ale cărui antecedente familiale se găsesc persoane de sex masculin, pe linie maternă, care prezintă (sau au prezentat) manifestări hemoragice. În circa 20% din cazuri acest istoric familial poate însă să lipsească.

— Care sînt posibilitățile de tratament?

- Tratamentul hemofiliei este substitutiv, de corectare a deficitului de factor VIII sau IX cu sînge proaspăt, plasmă proaspătă congelată sau liofilizată, crioprecipitat (crioconcentrat) de globulină antihemofilică sau preparat de factor VIII. Sîngele proaspăt, administrat imediat după recoltare, de la un donator cunoscut ca avînd un nivel normal de factor VIII sau IX, se folosește numai în lipsa celorlalți produși terapeuticî amintiți și pînă la procurarea acestora. Inconvenientul constă în faptul că aduce cantități mici și insuficiente de factori antihemofilici și, în plus, chiar „proaspăt” fiind, sîngele respectiv are o vechime de cel puțin 24 ore (timp cerut de testările la care este supus), timp în care factorul VIII se inactivează (în hemofilia B se pot administra și sînge sau plasmă conservate, deoarece factorul IX nu se inactivează prin conservare). Plasma proaspătă și plasma proaspătă congelată sau liofilizată sînt utilizate curent în hemofilie, conform unei formule care ia în considerare greutatea bolavului și concentrația dorită de factor (5% în hemoragiile mici, 15% în cele medii și 30% în hemoragiile mari). În general, este nevoie de 5 ml de plasmă antihemofilică liofilizată sau congelată/kg corp în 24 de ore în caz de hemoragii mici, 12,5 ml în caz de hemoragii medii și 20 ml/kg corp/ 24 ore, în cazurile de hemofilie cu hemoragii mari. Cantitatea calculată pentru 24 de ore se va împărți în 2-3 prize egale, care se vor administra la 8-12 ore interval. Plasma liofilizată se va dizolva în ser fiziologic, ser glucozat 5% sau într-un solvent propriu, iar plasma congelată se va aduce mai întîi la temperatura de 37°C. Perfuzarea se va face repede (1/2-3/4 oră), cu un ritm de 60-120 picături/minut. Dacă volumul de plasmă de perfuzat este prea mare, se recurge la crioprecipitat liofilizat sau congelat, în cantitate de 2-4 ml/kg corp în 24 de ore, la 8-12 ore interval. Conducerea tratamentului substitutiv se face după evoluția clinică (oprirea hemoragiilor, dispariția durerilor articulare etc.) și normalizarea testelor de laborator. În cazul intervențiilor chirurgicale, acest tratament se începe cu 8 ore înainte de operație, doza următoare administrîndu-se cu 2 ore înaintea acestora; postoperator, dozele calculate se vor seria la 6-7 ore interval. Tratamentul local pentru hemartroza și leziunile superficiale ale tegumentelor și mucoaselor constă în imobilizarea temporară a articulației în poziția de maxim confort, pungă cu gheață, pansament compresiv, aplicații de trombină și bureți de fibrină, tamponamente locale de gelatină (gelapon). Mobilizarea articulației va fi precoce

(după 10-12 zile de la imobilizarea blindă), ușoară și progresivă, sub tratament general substitutiv. Mișcările pasive articulare vor fi începute însă după 48 ore, pentru prevenirea redorii și febrei.

— **Ce pot face părinții sau copilul hemofilic (dacă este mare) în caz de accidente hemoragice?**

— Părinții și bolnavii hemofilici vor fi instruiți cu privire la boală (cauze, manifestări, complicații, tratament, mai ales de prevenire a hemoragiilor), încurajați și sfătuiți să se adreseze spitalului imediat, ziua sau noaptea, la apariția primelor semne de hemoragie intra-articulară (mărirea articulației, durere) sau externă (epistaxis, gingivoragii, hemoragii dentare etc.), pentru a primi unul dintre preparatele antihemofilice cât mai precoce. Până la internare, articulația afectată trebuie pusă în stare de repaos și învelită cu comprese reci (cu apă de la frigider sau gheață). În caz de hemoragie externă (de la nivelul unei plăgi superficiale sau din nas) bolnavul sau aparținătorii pot confecționa singuri și aplica un pansament compresiv sau să exercite cu mîna o astfel de compresie (de exemplu, pe aripile nasului în caz de epistaxis).

— **În ce constă profilaxia unor complicații ce pot să apară consecutiv tendinței anormale la hemoragii?**

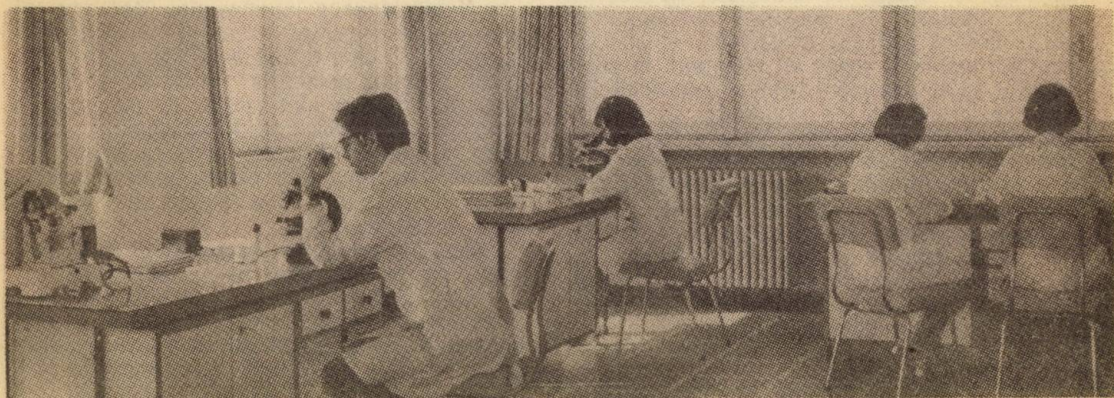
— Puncționarea articulației afectate la un hemofilic, pentru aspirarea singelui, este strict contraindicată, putînd agrava hemoragia; în cazuri excepționale, cînd articulația este foarte mare și dureroasă, se poate face o puncție evacuatoare, dar întotdeauna înainte de 24 de ore de la producerea traumatismului articular și sub protecția tratamentului substitutiv. Extracția dinților temporari se face de obicei fără producerea de hemoragii, în absența administrării de produse antihemoragice. Extracția dinților permanenți necesită însă spitalizare (5-7 zile), pentru administrarea de preparate antihemoragice cu 2-3 zile înainte și după extracție. Injecțiile intramusculare, puncțiile osoase sau în diverse organe sînt total interzise, iar vaccinările de rutină se vor face subcutanat superficial, cu un ac subțire, fiind apoi urmate de presiune locală. Tratamentul durerii

în hemofilia prezintă unele particularități. Aspirina este contraindicată (accentuează hipocoagulabilitatea singelui, mărind pericolul de hemoragii, mai ales gastro-intestinale). Paracetamolul poate fi utilizat, dar în doze mari este hepatotoxic, iar administrarea cronică poate produce leziuni renale (ca și fenacetinele).

Complicația cea mai frecvent întîlnită este anchiloză articulațiilor care au prezentat în numeroase rînduri revărsare hemoragică (hemartroze recidivante). Prevenirea acestei infirmități reclamă evitarea traumatismelor articulare (chiar minime), aplicarea tratamentului cu preparate antihemofilice cît mai curînd posibil (de la primele semne de hemoragie intra-articulară) și mobilizarea precoce a articulației. Apariția de inhibitori ai factorilor VIII sau IX la 5 pînă la 20% din bolnavii hemofilici reprezintă însă cea mai înspăimîntătoare complicație a bolii, deoarece tratamentul cu produse antihemofilice rămîne în aceste cazuri fără efect. Bineînțeles, nici hemoragia cerebrală consecutivă unui traumatism cranian sau hemoragiile severe după operații mari nu sînt mai puțin periculoase pentru viața unui copil hemofilic. Profilaxia acestor hemoragii se face prin administrarea de preparate antihemofilice, atît pre-operator cît și intra și postoperator. În rest, tratamentul profilactic cu produse antihemofilice se efectuează numai în cazurile de hemofilie excepțional de severă, cu tendință marcată în hemoragii grave. În aceste situații se administrează periodic, în scop profilactic, 250 sau 500 u factor antihemofilic pe zi (există însă pericolul apariției anticorpilor antifactor VIII sau IX).

— **Ce puteți spune despre profilaxia hemofiliei și stful genetic?**

— Diagnosticul antenatal (înainte de naștere) al hemofiliei ar permite evitarea nașterii unor bolnavi hemofilici, dar dificultățile tehnice legate de determinarea mai întîi a sexului fătului și apoi recoltarea de la fătul de sex masculin de singe pentru dozarea factorului VIII, la care se asociază faptul că este vorba de un număr redus de cazuri, nu au făcut din această modalitate de diagnostic o metoda de uz curent (ea se aplică totuși în țări ca Franța și Anglia). În schimb, sfatul genetic, de care trebuie să



beneficieze familiile cu risc de hemofilie, permite - fără implicații de ordin tehnic - depistarea purtătoarelor și aprecierea riscului de boală la urmași acestora. Primul obiectiv se realizează prin studierea arborelui genealogic: sint purtătoare obligatorii fiicele unui hemofilic, mamele a 2 băieți hemofilici, mamele unui hemofilic avind din partea mamei ei rude hemofilice; sint purtătoare posibile mamele unui singur băiat hemofilic fără antecedente familiale și femeile cu rude hemofilice în familia mamei. Riscul pentru descendenții unei purtătoare de a fi hemofilici se apreciază pe baza modalităților de transmitere genetică a bolii: 50% din băieți sint hemofilici și 50% din fete purtătoare. Pentru a realiza o profilaxie eficientă a hemofiliei și a complicațiilor acesteia, singură dispensarizarea nu este suficientă. Desigur, depistarea, înregistrarea, observarea permanentă, patronarea, tratamentul calificat al bolnavilor, prevenirea complicațiilor, precum și ajutorul psihologic și intervențiile într-o serie de probleme sociale, pe care bolnavii singuri nu le pot face (sfaturi cu privire la alegerea profesiei, ameliorarea condițiilor de studii și de lucru etc.) sint măsuri salutare, deosebit de importante. Ideal ar fi dacă ar exista posibilitatea unui tratament cronic substitutiv, asemănător terapiei cu insulină în diabetul zaharat, dar fără complicațiile de care aminteam (anticorpi antifactor VIII). Pînă la rezolvarea acestui deziderat (se fac încercări în acest sens), autotratamentul la domiciliu (recomandat de unii autori), constind în aplicarea tratamentului substitutiv acasă de către aparținătorii bolnavului hemofilic sau chiar de bolnavul însuși, ar avea marele avantaj de a oferi o terapie mai precoce decît în orice altă situație, cu scăderea consecutivă a numărului de internări și a absențelor școlare, la care s-ar adăuga o independență și o creștere a moralului bolnavului, cu consecințe benefice asupra psihicului său.

— Care pot fi speranțele bolnavilor de hemofilie la ora actuală?

— La începutul secolului nostru 90% dintre hemofilici nu ajungeau la vîrsta de 20 de ani. Chiar în urmă cu 3-4 decenii soarta acestor bolnavi era sumbră, datorită pierderilor mari de sînge și atingerilor articulare invalidante. Astăzi dispunem de preparate antihemofilice grație cărora pericolul sîngerărilor și al infirmităților poate fi redus la minimum. În zilele noastre nu se mai pierd bolnavi hemofilici. Extinderea producției de preparate antihemofilice, accesibile la orice oră din zi și din noapte (avind în vedere caracterul de maximă urgență al unui puseu hemoragic la un hemofilic), precum și editarea de material informativ pentru bolnavii hemofilici și de materiale metodologice pentru rețeaua de asistență medicală contribuie deopotrivă la ameliorarea stării bolnavilor și îmbunătățirea activității într-un domeniu de patologie atît de complex.

Dr. George M. GHEORGHE

SĂNĂTATEA II PREFERĂ PE OPTIMIȘTI

Interviu
cu conf. dr. Tadeusz PIROZYNSKI
I.M.F.-Iasi

Relațiile dintre oameni pot fi și bune și rele. Oricind poate apărea și orice poate deveni un motiv de neînțelegere. Și în tramvai, cînd cineva ne calcă pe picior, dar și la serviciu, cînd din lucruri neînsemnate se pot isca stări tensionale, conflicte mai mult sau mai puțin serioase. De cele mai multe ori acestea se aplanează, se cer scuze, se string mîinile și totul reîntă în normal. Întîlnim, însă, uneori, oameni cu care, pur și simplu, nu te poți înțelege. Certăreți, scandalagii etc. Persoane care nu se pot acomoda la viața de zi cu zi, care nu pot respecta normele sociale de conviețuire, care nu se pot adapta la viața de familie sau nu-și găsesc locul într-un colectiv de muncă. Despre o asemenea persoană se spune: „Lasă-l în pace, așa e el, trebuie să știi cum să-l lei!“. În general, aceste tulburări ale capacității de a avea relații sociale normale sint cunoscute sub numele de psihopatii. Pentru amănunte și pentru a lămuri unele aspecte în această privință ne-am adresat conf. dr. Tadeusz Pirozynski, șeful Clinicii de psihiatrie din Iași.

— Domnule conferențiar, să începem chiar cu noțiunea de psihopatie, care este, după cîte se pare, destul de ambiguă. Lumea înțelege prin „psihopatie“ termenul generic pentru toate bolile psihice, în timp ce pentru psihiatru acest cuvînt are semnificația unei anumite categorii de maladie mintală.

— Neînțelegerea termenului decurge și dintr-o vină a psihiatrilor ca și a învățămîntului psihiatric care a fost administrat medicilor ce nu practică psihiatria. Pentru că difuzarea unor noțiuni care sint reluate de populație în sens incorect implică responsabilitate și angajare. În general de către laici, să zicem, nepsihiatri, termenul este înțeles poate în sensul lui strict etimologic. În psihopatie sint cuprinse toate bolile mintale.

— Așa figurează, de exemplu, și în Dicționarul de neologisme. Și nu numai în el.

— Spre deosebire de ceea ce știu psihiatrii, și anume că psihopatia reprezintă doar o categorie care, oricît de controversată ar fi în definierea ei de către autori, are cîteva elemente precise de identificare și, ca atare, probatorii pen-



tru diagnostic și pentru instrumentele de lucru care îl stabilesc. Este vorba de personalități dizarmonice, a căror formă de neacomodare la exigențele unor reguli - a celor de conviețuire, de respectare a unor modele de educație, de respectare a alterității (adică a ceea ce se cuvine și altuia) în raporturile pe care le dețin cu ceilalți oameni - constituie elementul definitoriu, cu condiția ca această neacomodare să caracterizeze dezvoltarea, sub această formă, a unei personalități. De aceea psihopatia, spre deosebire de alte categorii, de exemplu psihoreactive, de nevroze, este un diagnostic sever. Este un diagnostic care nu trebuie apreciat numai la valoarea faptului că în psihopatii dezvoltarea mintală a capacității cognitive poate fi bună. Însă lipsesc tocmai reacțiile emoționale, capacitatea de înțelegere, de acomodare, capacitatea de frinare a unor instincte, a unor impulsuri. Și acest lucru face să se verifice felul cum au descris clasicii un psihopat: este persoana care în permanență creează o suferință altora. Este un inacomodabil. Psihopatul

se identifică prin unele explorări medicale. Este obiect de studiu, este obiect de asistență și de foarte multe elemente prin care să necesite psihoprotecția societății ca și a persoanei respective, pentru a se evita ceea ce psihopatul de regulă creează, conflictul, impactul și situațiile dezagreabile în relațiile sale cu alții.

- Se susține că este o tulburare a personalității. Că este ceva ce ține de structura psihopatului. După alte păreri, ar fi ecoul unor frustrări materiale ori afective; sau, după psihanaliști, că este vorba de un complex oedipian. După părerea dv., unde este adevărul?

- Personal, consider că ține de structură. Reacțiile la niste situații inconvenabile, la frustrare, de lungă durată, sînt convertibile prin educație, prin convingere, prin modelele de intervenție pentru reeducare. Ceea ce este însă structură, și care aparține psihopatiei, este mai greu convertibil, este mai rezistent la aceste intervenții. Deci, survine nevoia de clasificare corespunzătoare a acestor persoane, în ideea de a se evita riscul de impact, de conflict, de agravare a situațiilor conflictuale, de conjugare cu alți factori ce agravează comportamentul.

- Dar fiecare om e unic. Pot fi considerate trăsăturile particulare, care implică un anumit mod de existență, boală psihică?

- Psihopatia este boală psihică pentru că trăsăturile particulare au o fundamentare fiziologică; este vorba de temperament. Sigur că ele pot fi particulare chiar și cînd este vorba de un model excepțional sub influențe socio-culturale care aparțin unui grup de populație. În sensul acesta, fiecare comportament, fiecare persoană, mai mult decît atît, funcționalitatea sa, este un unicat. Ceea ce o definește nu trebuie psihiatrizat și medicalizat, prezentat ca un risc, pentru că acest lucru face atît de diferit și necesar diferit comportamentul între oameni. Dacă am fi toți asemănători, ne-am plictisi. Heterogenitatea acestor structuri de personalitate realizează particularitățile cooperării umane, tot ceea ce facem, tot ceea ce exprimăm. Hotărît lucru, oamenii sînt diferiți între ei prin aceste trăsături care îi particularizează. Dar psihopatia este o boală psihică pentru că trăsăturile au o fundamentare fiziologică; este vorba de temperament.

- Vorbim despre personalitate, despre tulburările ei. Cînd se formează de fapt aceasta?

- Este un lucru atestat că e un proces continuu. Dar structura este colosal de importantă în primii ani de existență. Atunci cînd se învață deprinderile comportamentale elementare și cînd modelul, foarte important, aparține familiei. Ea se desăvîrșește apoi prin extinderea relațiilor interpersonale, a comunicației. La locul de muncă, în școală, pe stradă. Igiena mintală reprezintă tocmai cuprinderea tuturor acestor aspecte în forme care să promoveze sanogeneza. Adică resursele și condițiile care

vin să formeze, să contureze o personalitate așa cum o dorim, la valoarea capacității de afirmare a celui potențial pe care îl are fiecare om – a creativității, a exprimării propriei personalități în sensul promovării unor valori care sint ale civilizației, ale culturii, ale cooperării omenеști, ale relațiilor dintre oameni.

- Se poate spune că factorii care intervin în formarea personalității pot favoriza apariția unei „fragilități psihice” care să ducă, la un moment dat, la un dezechilibru, la o „decompensare” a stărilor psihice?

- Climatul în care se formează și se dezvoltă personalitatea este deosebit de important. Atunci cînd unele carențe educaționale sau de ordin afectiv, din familie, se afirmă din primii ani, în general în situații improprii – și acestea sînt lucruri cunoscute – clinicienii le cunosc sub numele de hospitalism. Noi am studiat, de exemplu, problema adopțiunii.

- Deci internarea pe durată lungă în spital, ruperea de familie etc.?

- În general acolo unde este desprins de familie. Sursa informației plină de afect, de emoții – chiar dacă condițiile de alt ordin sînt mai proaste – este caracteristică și absolut necesară dezvoltării normale a copilului. Acolo unde există carența acestor elemente formative ale personalității în dezvoltarea sa, se intuiește riscul unor dezvoltări dizarmonice ce pot fi agravate prin neșansele unor condiții care nu sînt protejante pentru existență, ca stresuri, suprasolicitări, conflicte și bineînțeles carențele educative. Acolo unde există această convergență negativă, apare și probabilitatea de a deveni obiect de studiu al medicinei, al psihiatriei.

- Adică să faci o decompensare în care psihicul nu mai poate asigura relații normale cu cei din jur.

- Decompensare care, în dizarmonia personalității sale, găsește un reazăm în structură; dar și în alcool, interpretat, în mod greșit, ca un compensator sau tranchilizant; sau în situații de alt ordin, soluții instinctuale, imediate, ce pot fi procurate de către persoana în cauză. În schimb lipsește deschiderea și orientarea către adevăratele valori, sensibilitatea de a le accepta și de a avea nevoie de ele, de a se nutri din ele. El este un instinctual.

- Adică el nu poate avea un sistem axiologic.

- Sigur că da. Îi lipsește criteriul axiologic, al valorilor. Iar facilitatea decurge din sațietate, din satisfacția unor reacții instinctiv emoționale de plăcere imediată, de soluții care se cîștigă prin violență și brutalitate, fără înțelegerea și anticiparea unor lucruri care pot fi rezolvate prin cooperare, prin anticipare, prin înțelegerea mai amplă a unei participări la viața socială.

- Cum se explică inadaptarea psihopatului la normele socio-morale? Inadapta-

rea aceasta este caracteristică numai bolnavului psihic?

- Aș spune că bolnavul cu tulburări psihice nu trebuie confundat cu psihopatul, pentru că boala mintală destructurează personalitatea, capacitatea de autoconducere și de autorealizare. Adică, după cum spun atît psihiatrii cît și medicii legiști, anulează discernămintul. Pentru ei normele sînt altele; aceștia nu au capacitatea de înțelegere a celor realizate pentru toți oamenii și, în acest fel, se ajunge la așa numita ieșire din normă; de aceea evenimentul devine simptom, devine element de boală și de diagnostic, altfel spus, pacient asupra căruia intervine asistența psihiatrică.

În situația psihopatului este cu totul altceva. El înțelege normele, intuiește coerciția, dar nu are capacitatea de frinare, de stăpînire. Reacțiile emoționale și impulsive creează conflictualitatea. De aceea, în accepția psihiatrilor, aceștia sînt persoane care au capacitatea de înțelegere, și, ca atare, poarta răspunderea acțiunilor și comportamentelor lor.

- Dar e tot o lipsă de adaptare. O imposibilitate de a stabili relații armonice în cadrul societății.

- Această imposibilitate de adaptare este durabilă și asistența medicală trebuie să o corecteze. Cazurile-problemă de psihopatie sînt dispensarizate. Acele forme care într-o perioadă de lungă durată reiterează. Astfel sînt cunoscuții procesomani, cei ce au în permanență relații conflictuale în familie etc.

- Dar poți corija o structură? În acest caz, structura unei personalități deja formate?

- E greu să afirm că se poate corija. Dar se pot corecta efectele acestei structuri, pentru că nu ea duce în mod implacabil la conflict, ci relația la care este supusă această structură. Intervenim prin modalitățile de care dispune psihiatria, prin medicamentele de sinteză.

- Există mai multe clasificări, însă majoritatea autorilor sînt de acord că dintre cei psihopați fac parte iritabili, flegmaticii, ego-centricii, megalomanii, orgolioșii, impulsivii, cei ce n-au încredere în alții, cei zgîrciți cu sentimentele, cei cu labilitate morală. Dar unele dintre aceste trăsături țin și de educație, de grad de cultură, de experiență, de motivație. Unde se termină lipsa de educație și unde începe patologicul?

- Niciodată un diagnostic nu se pune după un singur simptom sau o singură caracteristică.

- E un lucru cunoscut.

- Ceea ce definește psihopatia este integritatea unor manifestări, durata lor, rezistența la modelele educaționale. Intervenția noastră are un efect de temperare, un efect prin care se evită conflictele, care ajută psihopatul de a nu fi în situația de nemulțumit cu sine însuși sau de a crea nemulțumiri altora. Tocmai de aceea el constituie o problemă de asistență

medicală, pentru că tot acest complex de împrejurări semnaleză locul lui potrivit și modalitatea de integrare, măsurile de protecție familială, necesitatea de intervenție.

- Întrebarea mea, formulată altfel, era: ce ține de structură și ce ține de lipsa de educație, de lipsa de cultură?

- De structură ține integralitatea formelor de manifestare și durata psihopatiei. Când psihopatul este educat are mai multe șanse de a se controla. Are mai multe șanse de a prelua alte modele comportamentale decât atunci când sunt neglijate educația, informația, când nu se insistă suficient asupra posibilității de conviețuire corectă, civilizată, pașnică cu cei în mijlocul cărora lucrează, trăiește sau își duc existența. Educația și cultura sînt factori ce facilitează evitarea riscurilor ce decurg din structura psihopatului. Modelul educațional este colosal de important, cu atît mai mult cu cît noi vorbim de riscul psihopatiei, a structurilor dizarmonice, exact la etapa copilăriei, cînd educația este un factor modelator, vîrstă la care, eu personal, niciodată nu am să pun diagnosticul de psihopatie, pentru că este un diagnostic invalidant și sever, ci am pus doar de comportament dizarmonic, comportament iritabil și voi stabili ce întreține și de unde decurg aceste aspecte, prin investigațiile ce se fac în mod curent; tocmai pentru că există o speranță pentru a-i lăsa șansa compensării acestor deficite prin educație, prin factorii modelatori ai structurii sale comportamentale.

- Mulți adulți evită psihiatrul tocmai de teama unui diagnostic sever, de teama unei etichete neconvenabile.

- Da, de aceea și cînd mă adresez studenților, vorbindu-le despre psihiatrie, le atrag atenția asupra eticii diagnosticului. Deseori populația preia niște noțiuni care nu sînt suficiente de bine validate și care au rezistat ten-

dințelor de progres în psihiatrie. Pus în mod inadecvat, diagnosticul este malignizant. De exemplu, cel de schizofrenie poate să fie invalidant pentru familie și stigmatizant pentru persoană și chiar pentru comunitatea în care el își desfășoară în general munca și existența. Putem opera ca o iatrogenizare.

- Unii psihopați sînt caracterizați prin lipsa capacității de decizie, prin neîncredere în propriile resurse. Incapacitatea de a lua o decizie se datorează incompetenței sau bolii?

- Este o întrebare dilematică pentru că există structuri comportamentale de performanță, în ceea ce privește competența, ca sediu de informații calificate într-un domeniu de activitate, dar care devin inoperante și inefficiente, prin existența celorlalte trasaturi care îi fac inadaptabili, iritabili, conflictuali și instabili în prestarea unei activități. Dacă ar fi cu o referință, poate că obiectul ar merita extins asupra acelor tineri sau acelor persoane care migrează de pe un șantier pe altul, de la un loc de muncă la altul, deși nu au ca motivare nici condițiile, nici unii factori materiali - decât instabilitatea lor comportamentală. Ca atare, această problemă este și una medicală. Mai e, categoric, personalitatea psihopatologică, psihopatul timid. El devine inefficient chiar dacă este pregătit, calificat, tocmai prin incapacitatea de a stabili atitudini, de a opta pentru o soluție, de a persevera. În acest caz intervine din nou instabilitatea datorată structurii lui complexe.

- Deci, în ultimă instanță, structura specifică psihopatului, care are consecință instabilitatea psiho-comportamentală. Există un renumit volum, „Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder”, ediția a III-a, cunoscut mai ales sub numele de DSM-III. Este o carte de referință foarte apreciată de

ACCENTE

Potrivit statisticilor Organizației Mondiale a Sănătății, 680 de mii de oameni suferă de cancer la stomac, cea mai frecventă localizare a cancerului. Și în Japonia mulți oameni suferă de această boală. În fiecare an se înregistrează în medie 85 de mii de noi cazuri, din care anual mor 50 de mii de japonezi. În ultimii ani s-a observat însă o îmbunătățire a situației în această țară. Potrivit specialiștilor, schimbarea structurii ali-

mentației și răspîndirea frigiderelor ar contribui la aceasta. În timp ce în anul 1960 numai un procent de 9,4 la sută din familii aveau frigider, astăzi procentul lor a crescut la 99,1 la sută. Frigiderile au înlocuit conservarea tradițională a alimentelor prin sărare. Astăzi oamenii consumă din ce în ce mai multe derivate de lapte, legume și fructe proaspete. Supă din soia este astăzi foarte răspîndită în bucătăriile japoneze. Dar specialiștii mai susțin că la un sfert dintre

bărbați și la jumătate dintre femei riscul îmbolnăvirilor de cancer la stomac a scăzut datorită consumului zilnic de lapte. Același rezultat s-a constatat și la oamenii care au mîncat zilnic legume și verdețuri proaspete. Deci, scăderea consumului alimentelor sărate și afumate precum și a fumatului a dus la scăderea îmbolnăvirilor de cancer la stomac.

În Japonia s-au obținut bune rezultate și datorită cooperării populației, faptului că s-au putut depista din timp aparițiile acestei boli. Anual circa patru milioane de oameni se supun consultațiilor medicale preventive.

psihiatri. Referitor la unele forme de psiho-
patie se spune: „Debut sub 15 ani, indicat
de un istoric cu 3 sau mai multe caracteris-
tici din următoarele: chiulul (absențe nemo-
tivate — semnificativ dacă totalizează cel
puțin 5 zile pe an, pentru cel puțin 2 ani,
fără a socoti și ultimul an de școală); elimi-
narea sau exmatricularea datorită purtării
necorespunzătoare; delincvențe, fugi de
acasă în toată noaptea, cel puțin de 2 ori cind
locuiește cu părinții, minciună persistentă
etc. etc.” Dar am văzut copii care au chiulit
mai mult chiar fără să fie considerați psiho-
pați. Orice copil care fuge de acasă e bol-
nav?

- Nu. În nici un caz, nu. Aici trebuie avută
perfecta înțelegere pentru ceea ce numim onto-
logia personalității, pentru condițiile în care se
dezvoltă această personalitate. Trebuie să ne
abținem de la a psihiatriza și a medicaliza
ceea ce poate să fie o atitudine firească pentru
o anumită dezvoltare, o anumită informație, o
anumită vîrstă. Diagnosticul este și un proces
de așteptare, care confirmă sau infirmă o situ-
ație medicală. Pentru că v-ați referit la DSM-III,
el este numai un instrument care a pornit de la
buna intenție de a da o formă potrivită de în-
țelegere diverselor școli de psihiatrie, clinicilor,
psihiatrilor și de a exista o cuantificare polia-
xială, de altfel cam rigidă. DSM-III este privit
ca orice instrument de lucru: este și primit și
folosit, dar și foarte criticat. Modelul de orien-
tare, pe care l-a preluat, aparține unei socie-
tăți a cărei structură nu este identică cu particu-
laritățile unei alte lumi dintr-o altă zonă ge-
ografică. Chiar într-o țară, în cadrul unei so-
cietăți, se diferențiază grupe cu anumite particu-
larități.

- Probabil că DSM-III este foarte potrivit
condițiilor unei anumite societăți.

- Da, e foarte potrivit. Are și meritul incon-
testabil că pune accentul pe un grad de preci-
zie în constatarea și validarea prin instrumen-
tarea unor teste și a unor date foarte exacte.
Însă, în investigarea clinică, totuși, aș crede
că trebuie luat în considerare faptul că medi-
cina este o știință integrativă, o disciplină an-
tropologică și socială. Ca atare, aș spune că
nu poți să nu îți seama de condiția biomedica-
lă a unei persoane, de condiția modelului ei
de dezvoltare și de formare, de condiția relații-
lor sale interpersonale. Numai așa putem
opera cu o sinteză de foarte largă înțelegere,
comprehenșiune, se pot evita riscurile unei
psihiatrizări în cazuri în care sînt probleme de
comportament, de educație. De modele educa-
ționale nepotrivite, de erori de educație, de
preluare greșită a unor modele. În curînd ur-
mează să apară DSM-IV, o ediție îmbunătățită,
în care, probabil, se va ține seama de criticile
aduse.

- Dar erorile de care aminteați nu duc, în
timp, la o de structurare a personalității?

- Bineînțeles, dar poate fi, în orice caz, in-
fluențată cu mai mult succes decît acolo unde

ele sînt fundamentate pe o structură deja di-
zarmonică. Noțiunea de dizarmonie are un
sens precis și o explicație foarte fermă, fiziolo-
gică. Eu personal o leg de encefalopatia cronică,
de factorii prenatali, de factorii acelei
dezvoltări extrem de rapide și spectaculoase
între 0 și 3 ani, de diferențierea morfogenetică
și funcțională a creierului, toate acestea desfășu-
rîndu-se în fluxul de informații care nu consti-
tuie altceva decît educația. Cînd lipsește
educația se întîmplă și erorile. Dar acolo unde
aceste erori sînt bazate pe niște sechele, niște
suferințe care privesc însăși dezvoltarea biolo-
gică, ele au un caracter durabil și de rezis-
tență la intervenția educației. Tocmai de aceea
ele devin obiecte de observație, de dispensari-
zare, de asistență medicală.

- Care este rolul psihiatrului în societate,
dincolo de porțile spitalului?

- Aș spune că psihiatria nu trebuie să depășească
laturile sale medicale. Ea are și particularități
dar și obligația de a întruni un set de
calități dintre care cea mai mare este compre-
hensiunea. O deschidere și apropiere pentru în-
țelegerea integrală a condiției umane, cea care
privește personalitatea așa cum se formează
ea. S-ar putea spune multe pe această temă.
Eu văd psihiatria ca o disciplină medicală cu
limitele sale, dar cu vocația sa cea mai de
seamă, înțelegerea. Fără cultură și empatie nu
se poate face psihiatrie, nu ne putem apropia
de pacient, nu putem descifra starea subiec-
tivă a sa, atitudinea lui față de boală și față
de societate, ce anume destructurează perso-
nalitatea sa.

- Dacă se ocupă numai de bolnav și de
maladia sa, cine, de exemplu, se ocupă de
igiena mentală?

- Nu este numai o problemă a psihiatrilor.
La ea trebuie să contribuie toți factorii anga-
jați în promovarea stării de sănătate mentală.
Acești factori, ce cooperează între ei, nu sînt
numai medicali, ci și de educație, sociali, cul-
turali, economici. Sînt și factori care formează
climatul unei comunități umane. Ca să dau un
singur exemplu, iată strada. Astăzi copilul se
pragmatizează pe stradă. Relația stradală este
colosal de importantă, ca tot ce ține de educa-
ție, de informație. La fel de importantă e și
școala. Același lucru se proiectează și în rela-
ția condițiilor de muncă.

- Spuneați că publicul trebuie informat.
Nu psihiatrul trebuie să-l prevină asupra ris-
curilor de a face o boală psihică? De a cu-
noaște dezechilibrul psihic, de a-l recu-
noaște și, în măsura în care se poate, de a-l
evita?

- Orice disciplină medicală are o dimen-
siune socială. Psihiatria, cu precădere, și unul
din mandatele sale este informarea și modela-
rea stării de conștiință despre propria sănă-
tate a oamenilor. Despre evitarea riscurilor la
care se pot expune și despre modul în care,
neglijîndu-se, persoanele se pot invalida.
Aceasta este una dintre laturile preventive ale
psihiatriei și ea se face de către întreaga rețea

de psihiatrie în relația cu populația - nu mă refer la pacienții cu care discutăm zilnic - ci la oamenii sănătoși. Este vorba despre prevenirea îmbolnăvirilor, capacitatea de a informa despre riscuri și de a interveni acolo unde se sesizează aceste riscuri.

- Spuneți că psihiatria trebuie să se ocupe de bolnavii psihici. Dar iată că Toffler, în „Al treilea val”, afirmă că în viitor psihiatrii ne vor ajuta să ne organizăm viața. Cum trebuie să înțelegem aceasta?

Aș spune că nu trebuie ignorate semnalările lui Toffler, dar nu trebuie aderat la proiectul și perspectivele pe care le expune. Este o mare diferență. A ignora înseamnă a nu lua în seamă ceea ce se semnalează că, de fapt, există.

- Eu mă refer doar la ce spune el despre psihiatri. Autorul nu adâncește ideea. Face doar o afirmație.

Poate că acesta este un punct de vedere personal. În orice caz, psihiatrul e un sfătuitor. Este un îndrumător, este omul care trebuie să-și acorde înțelegerea și deschiderea către ceea ce reprezintă neajunsurile, insatisfacția, conflictul, situațiile dificile ale vieții. Dar psihiatrul trebuie să evite de a-și subordona pacienții sau persoanele venite la consult sau, în general, populația către care are ceva de comunicat. El nu este nici mai înțelept, nici mai dotat.

- Știe mai multe într-un anumit domeniu.

Exact! Știe mai multe despre psihic, despre boala mintală. Consultul psihiatric este un consult între parteneri și ascendentul său se va dovedi prin calitatea diagnosticului, prin capacitatea de înțelegere a ceea ce, eventual, nu este de factură medicală, psihiatrică, dar este o situație omenească, o situație dificilă, așa cum toți avem pe parcursul vieții. Să nu uităm însă că unele dintre acestea au valoarea lor pozitivă, fiind factori dinamogeni pentru întregul comportament, pentru dinamizarea personalității, pentru mobilizarea resurselor de afirmare și toate acestea fac parte din însăși procesul vieții. Or, acest proces nu este unul psihiatric. Nu putem psihiatriza viața și nici condițiile în care se desfășoară ea.

- Într-o comunicare pe care ați prezentat-o în cadrul unei reuniuni științifice a psihiatrilor ați afirmat că sănătatea îi preferă pe optimiști. Cum să facem să fim mai optimiști?

Nu este o butadă. E o problemă a medicinei. Pentru că ne confruntăm cu un alt aspect, cel al depresiilor, al reacțiilor situaționale. Sanogeneza intervede tocmai punerea în valoare a acelor posibilități care instituie echilibrul psihic, optimismul, starea tonică de înțelegere și de depășire a dificultăților, promovarea a ceea ce se cheamă un ideal pentru fiecare și către care să năzuie. Este o problemă de educație, dar în egală măsură este și o problemă medicală, psihiatrică.

Lucian HUIBAN

GENETICĂ ȘI DERMATOLOGIE

Interviu cu dr. Vasile GRADINĂ, cercetător științific la Centrul dermatovenerologic al Ministerului Sănătății - Spitalul clinic de dermatologie București.

Pe adresa redacției revistei „Sănătatea” au sosit, de-a lungul anilor, scrisori privitoare la bolile ereditare. După cum ați constatat și dv. ca medic specialist dermatolog și colaborator constant al rubricii „Dermatologie”, cele mai multe dintre acestea au avut ca subiect genodermatozele. Cazuistica bolilor dermatologice ereditare (genetice) și congenitale pare mult mai bogată decît bănuim.

- Aș dori totuși să începem cu... sfîrșitul discuției noastre.

- Adică?

Este de dorit ca specialiștii în genetica umană să participe mai activ la activitatea educativ-sanitară a populației pentru o mai bună lămurire și educare științifică a maselor largi de cititori în privința eredității, a mecanismelor acesteia.

- De ce?

Pentru că nu se cunosc prea multe despre acest domeniu și adesea dermatologii (ca și alți specialiști) sînt confrunțați cu neîncrederea pacienților și... nepacienților și, nu rar, cu diversivunile create de „făcătorii de minuni” și amatorii de medicină care se încumetă să trateze genodermatoze cum sînt: ichtioza, keratodermiile, xeroderma pigmentosum, epidermoliizele buloase sau dermatoze cu ridicat procent de transmitere ereditară (acnee, alopecie congenitală), dermatoze vasculare, tulburări distrofice ale țesutului conjunctiv, dismetabolii cutanate și chiar cancerul cutanat - melanomul malign.

- Din cîte știm, adresabilitatea la serviciile dermatologice este foarte mare. Dar multe din bolile pielii sînt cronice, necesită investigații de finețe, tratamente îndelungi care (să nu mai vorbim de genodermatoze) dau rezultate mai puțin spectaculoase pentru pacienți. Credem că așa se explică alerta bolnavilor, apelul la alți medici și în ultimă instanță și la cei ce se pretind „vindecători”.

Dacă majoritatea genodermatozelor și în special cele grave nu pot fi influențate în nici un fel, sînt totuși și foarte numeroase cazuri compatibile cu viața. În acestea regimul de viață, alimentația, igiena și tratamentele constante, schimbînd din mers strategia terapeutică (în consens cu descoperirile și achizițiile noi din domeniul arsenalului terapeutic), sub supravegherea specialistului, sînt indispensa-

bile. Lucrul acesta este valabil atît la noi cît și oriunde în lume. Nu există remedii spectaculoase. Cu timpul, unele afecțiuni se ameliorază de la sine (de exemplu, acneea polimorfă) sau își estompează virulența și chiar își reduc puseele. Dar a lăsa bolnavul netratat înseamnă a-l expune la complicații și la o cronicizare greu suportabilă a bolii. De exemplu, otopia este foarte mult influențată de vîrstă, habitat, alimentație, stres.

Afecțiunile congenitale cutanate (alt capitol al eredității) se pot corecta în unele cazuri (ex. nevii congenitali = alunițele moștenite se pot corecta chirurgical; angioamele, de asemenea, beneficiază de tratament).

Nu există boală ereditară (cromozomială sau genetică) în care să nu întîlnim, alături de deficiențele majore, și modificări ale organului cutanat (cu anexe sale - părul și unghiile). Bolile genetice neuropsihice, bolile hematologice cu substrat erodogenetic, bolile metabolice moștenite sînt însoțite, în procent ridicat, și de modificări ale pielii și fanerelor (păr, unghii). În medicina internă bolile ereditare sau cele condiționate genetic au ca expresie vizibilă pielea și mucoasele. Nu întîmplător, ca o paranteză, studiul clinic începe cu învățarea semiologiei (semnelor) cutaneo-mucoase. Uneori, deși semnele cutanate sînt minore, ele sînt relevante pentru afecțiunile ereditare (vezi lucrările de referință ale profesorilor Vulcan, Conu ș.a.) În ceea ce privește ereditatea, între bolile interne și patologia cutanată există o relevanță, o expresie procentuală de 50 la sută; între statusul individual anomo-morfologic ereditar și leziunile cutanate aparent independente (ex. boala varicoasă, cu debut la vîrstă foarte tîrîie, bolile sistemului limfatic, malformații unghiale și digitale, aspectul părului - din endocrinopatiile ereditare), procentul de relevanță este de 2 la sută. În domeniul patologiei acute - pentru toate specialitățile, organul cutanat însoțește adesea debutul și evoluția acestora, nu de multe ori leziunea dermatologică rămînînd „ca dovadă” pentru toată viața (vitiligo, albirea părului, cloasma și pigmentațiile cutanate, alterările morfologice ale unghiilor etc.).

- Puteți să faceți o estimare asupra numărului bolilor cutanate ereditare?

- Din cele aproximativ 280 de sindroame, boli și semne cutanate (exceptîndu-le pe cele de origine infecțioasă - bacteriene, virale, parazitare, micotice -, și la acestea existînd o predispoziție) 75 la sută sînt ereditare. Cu noșterea lor impune experiență. Trebuie să le vezi măcar odată, și chiar dacă ai citit despre ele, să le studiezi. Ca să exemplific, exceptînd bolile care la noi au dispărut (de exemplu, eu nu am văzut favus) sau sînt pe alte meridiane, este necesar să te gîndești în fața cazului și la... diagnosticul diferențial! Adică, adesea clinicianul cunoaște afecțiunea numai prin intermediul examenului histopatologic cutanat sau prin investigațiile de laborator (imunologie, alergologie, biochimie etc.). Din această cauză,

adesea multe comunicări din specialitatea noastră, făcute la reuniunile de profil sau publicate în reviste, sînt pur și simplu prezentări de cazuri! Ele creionează în timp tabloul unei boli care trebuie să fie cunoscută, chiar fără a avea pretenția de spectaculozitate a unor descoperiri epocale (vezi domeniile virusologiei, imunologiei). Dermatologia înseamnă muncă, studiu, cazuistică. Primele și cele mai vechi descrieri ale bolilor s-au referit la organul cutanat, cel mai vizibil, cînd este în suferință. Dar chiar dacă leziunile de variolă, varicelă, lepră, tuberculoză cutanată etc. au fost descrise din antichitate, descoperirea agenților cauzali s-a făcut mult, mult mai tîrziu. Dermatologii au mult de lucru și azi deoarece se observă o schimbare - polimorfismul leziunilor cutanate prin terapia accesibilă, fie că este vorba de infecții banale cu strepto și stafilococi, fie că este vorba de angiosarcomatoza Kaposi... sau leziuni de scabie!

- Aveți, cred, surprize.

- Nu, nu este vorba de surprize în patologia cutanată cauzată de agenții determinabili (detectabili prin investigațiile de laborator). Voiam să fac legătura între dermatologia rutinieră ce necesită muncă și atenție la bolnav și subiectul nostru, genetica dermatologică. Ca exemplu, dermatologia și genetica în strînsă interdependență oferă încă un mister - cum de există amprente unice pentru individ, dar mai ales, cum acestea, împreună, adesea pot vorbi de trecutul, prezentul și viitorul unui om!!!

- Cu părere de rău propun totuși un sfîrșit al interviului nostru.

- Am înțeles, spațiul tipografic este drămuț. V-aș ruga pentru cititorii revistei, în loc de ilustrații, să publicați un minidictionar de genodermatoze, ca să fie un fel de „aide mémoire”.

- De acord, vă mulțumesc!

Ion DUMITRU

— **Acromii:** Boli cutanate constînd în absența pigmentului melanic datorită deficiențelor în producerea acestora și răspîndirii lui în celulele epidermice (cel mai tipic exemplu - albinismul)

— **B. K. Mole Syndrome:** Moștenirea cu caracter ereditabil, familial, dominant, a nervilor displazici, ce se dezvoltă din copilărie pînă la vîrsta adultă.

— **Boala Albright:** Tulburări ale metabolismului fosfo-calcic impiedînd grave perturbări scheletice, leziuni cutanate (osteome) și endocrinopatii.

— **Boala Cannon:** Transmisă dominant autosomala, constînd în tulburări de keratinizare a mucoasei bucale și, mai rar, a mucoasei labiovagino-anale.

— **Boala Cowden:** Caracterizată prin asocieri de displazii multiple (mucoasa buco-linguală rigoasă, fibrochiste ale sinilor, tulburări osoase).

— **Boala Darier:** Tulburări de keratinizare în special la nivelul foliculului pilos. Apare din copilărie sau adolescență, evoluînd toată viața.

— **Boala de Meleda:** Se manifestă de la naștere prin îngroșarea straturilor cornos palmo - plantar, hiperhidroză, anomalii unghiale, întîrziere mintală.

— **Boala Olser - Rendu:** Apare la și după pubertate prin dilatații capilare și tendința la hemoragii cutaneo - mucoase.

- **Boala Wichester:** Nanism, osteoporoză și leziuni cutanate.
- **Cutis laxa:** Tulburări ale țesutului elastic ce dau impresia de piele în exces, cu aspect senil precoce și modificări ale organelor vizcerale.
- **Eritrodermia ihtioziformă:** Tulburări de keratinizare ale pielii, de diverse grade (local, parțial, simetric) și aspecte (buloasă, nebuloasă) asociate cu alte defecte în-născute.
- **Ihtioza vulgară:** Tulburări de keratinizare a celulelor epidermice fie sub forma simplă, fie legată de sex, descrisă în 10 variații.
- **Lipomatoza multiplă** (lipoame multiple); Lichenul amiloid familial (tulburări metabolice multiple). Limfedemele primitive (genetice, esențiale, idiopatiche). Se datorează unor anomalii înnăscute ale vaselor limfatice.
- **Mucopolizaharidoze genetice:** Boli de stocaj ale mucopolizaharidelor în diverse țesuturi și organe, manifestările clinice interesând pielea, ochii, creierul, viscerale și sistemul osos.
- **Protoporfiria eritropoietică:** Porfirie (variegată și cutanată tardivă); Pempigusul benign familial Hailey-Hailey. Ca și majoritatea epidermolizelor buloase sunt afecțiuni ereditare cu transmitere dominant autosomală.
- **Scleroza tuberoasă Bourneville:** Adenoame sebacee congenitale, simetrice, ale feței, asocieri de tulburări neurologice, oculare, viscerale și osoase.
- **Trisomiile 8, 13 și 18:** Boli genetice cutanate cauzate de anomalii cromozomiale.
- **Xeroderma pigmentosum:** Boala genetică gravă; leziunile apar și se localizează în special pe regiunile corporale expuse la radiația u. v. naturală.

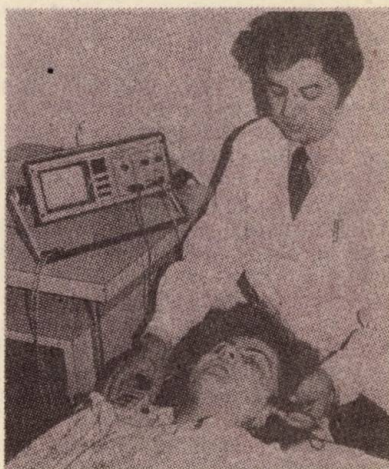
ACCIDENTELE VASCULARE CEREBRALE

interviu cu prof. dr. Gheorghe PENDEFUNDA
șeful Clinicii de neurologie a I.M.F. Iași

— **Accidentele vasculare cerebrale constituie cel mai important capitol în patologia creierului, dată fiind frecvența lor crescută cît și gravitatea tulburărilor ce le generează, care de cele mai multe ori nu au rezolvare. Ele ocupă, de altfel, al treilea loc în rîndul cazurilor de mortalitate, după afecțiunile cardio-vasculare și neoplazice, fiind primele situate în cadrul bolilor neurologice. Un motiv în plus, stimat domnule profesor dr. Gheorghe Pendefunda, de a vă solicita o prezentare a lor.**

— În cadrul accidentelor vasculare cerebrale se descriu hemoragiile și ischemiile, procese patologice de sens contrar, ischemiile fiind mai des întîlnite, pînă la 70 la sută din cazuri. Aceste procese ischemice duc la perturbări funcționale și/sau anatomice ale parenchimului cerebral, datorate diminuării sau întreruperii circulației cerebrale într-un anumit teritoriu.

După modul de instalare și evoluția procesului vascular cerebral, ischemia poate fi complexă (infarctul cerebral complet), cu instalare progresivă (atac ischemic progresiv), cu evoluție regresivă (atac ischemic regresiv) sau atac ischemic tranzitoriu (AIT). Astfel, infarctul cerebral este necroza țesutului cerebral consecutivă unei ocluzii arteriale trombotice sau embolice. În apariția lui, o serie de factori de risc au o importanță deosebită. Ei sînt următorii: hipertensiunea arterială, fibrilația atrială, bolile ischemice cardiace, obezitatea și abuzurile alimentare, diabetul zaharat, abuzul de alcool, fumatul excesiv, anomaliile lipidelor sanguine, traumele psihice etc.



— După cum ocluzionarea arterială s-a produs prin tromboză sau embolie, cauzele care au determinat instalarea infarctului cerebral sînt diferite.

— Exact! De aceea precizez că în tromboze au un rol important ateroscleroza cerebrală, hipertensiunea arterială, arterita infecțioasă, diversele arteriopatii, cum ar fi arterita obliterantă, unele boli de sînge (policitemia, anemia etc.), malformațiile intracraniene, graviditatea, traumatismele cerebrale etc. Cît despre embolii, subliniez că în etiologia lor se grupează afecțiuni emboligene de natură cardiacă (stenoza mitrală, fibrilația atrială, infarctul miocardic, endocardita) și extracardiacă (embolusuri din peretele arterial ateromatos, embolii grăsoase, parazitare, tumorale).

— **Desigur că și simptomatologia este deosebită în cele două cazuri.**

— Ca simptomatologie, dacă în tromboza cerebrală debutul este de obicei precedat de semne premonitorii, cu amețeli, cefalee, parestezii, hemianopsie (diminuarea sau pierderea vederii într-o jumătate a fiecărei retine) și tulburări de vorbire, după care se instalează cel mai frecvent o hemiplegie (suprimarea mișcărilor voluntare într-o jumătate a corpului), în embolia cerebrală debutul este brusc, uneori

dramatic, în raport cu mărimea embolusului. Dar și într-un caz și într-altul se produce o obstrucție a unei artere principale și în raport cu teritoriul vascularizat de artera astupată apar simptome caracteristice. Dat fiind că cel mai adesea este afectat teritoriul arterei cerebrale mijlocii (sylviene), apare o hemiplegie de partea opusă a leziunii, care dacă interesează hemisferul dominant (sting pentru dreptaci și invers pentru stingaci) se asociază și tulburări de vorbire de tip afazic.

— **Dat fiind domeniul neurologic, ceva mai deosebit de interpretat și chiar de diagnosticat, v-aș ruga să concretizați.**

— De acord! Așadar, pentru a ilustra aspectul clinic al unui bolnav cu accident vascular cerebral de tip ischemic cu infarct cerebral consecutiv, voi prezenta cazul unui bolnav în vîrstă de 65 de ani, hipertensiv, cu diabet zaharat și semne de ateroscleroză cerebrală atestate și prin modificările fundului de ochi. În urma unei mese copioase și al consumării de alcool, suferindul prezintă parestezii (amorteală, furnicăături), înepături la membrele de partea dreaptă, urmate de instalarea unui deficit motor la membrele respective și tulburări de vorbire de tip afazic (bolnavul nu înțelege ce i se spune și nu poate să se exprime prin cuvinte). El este adus de urgență la spital, unde i se aplică, în cadrul secției de terapie intensivă, perfuzii cu Glucoză, Furosemid, Dipiridamol, Papaverină, vitamine din grupul B, Pyramem. O importanță deosebită s-a acordat măsurilor de prevenire a complicațiilor, cum ar fi bronhopneumonia, escarele, infecția urinară, precum și menținerea sub control strict a funcțiilor cardio-respiratorii, renale, a echilibrului hidroelectrolitic și acido-bazic și a valorilor glicemiei. După patru săptămîni hemiplegia devine spastică, bolnavul își reia mișcările active din articulațiile mari ale membrilor paralizate, mersul devine posibil sprijinit, iar după trei luni, în care timp urmează un tratament recuperator, starea bolnavului se ameliorează mult, deficitul motor restant permițându-i să efectueze activități necesare autoservirii.

— **Desigur că în cazul prezentat de dv. urgența intervenției și caracterul prompt al medicației reglatoare a circulației cerebrale a ameliorat evident starea generală a accidentatului. Mai puteți da încă un exemplu?**

— Da! Un alt caz, o femeie în vîrstă de 34 de ani, cu stenoză mitrală și fibrilație atrială, în urma unui efort fizic brusc, mergînd pe stradă contractează o hemiplegie stîngă pentru care este spitalizată și i se aplică un tratament intensiv cu perfuzii de Glucoză, Furosemid, Papaverină, Dipiridamol, Calciparină, vitamine din grupul B, Digoxin. În urma tratamentului se ameliorează treptat, fenomenele regresînd și bolnava rămînînd, după o perioadă de șase săptămîni, doar cu un deficit motor moderat la membrele de pe partea stîngă.

— **Ar fi putut fi prevenite cele două accidente cerebrale?**

— Și într-un caz și în celălalt accidentele

vasculare cerebrale ischemice ar fi putut fi prevenite dacă afecțiunile de bază care au generat paralizia ar fi fost luate în evidență prin sistemul de dispensarizare și tratate corespunzător. În ambele situații bolnavii au neglijat însă bolile de care sufereau, iar consumul de alcool în primul caz și efortul fizic în cel de-al doilea au reprezentat factorii declanșatori ai accidentului ischemic. Deși terapia modernă în cadrul secției de terapie intensivă ajută în mare măsură la supraviețuirea și ameliorarea acestor cazuri, totuși bolnavii au rămas cu sechele neplăcute, ambii fiind reduși numai la o activitate de autoservire. Acest fapt ne obligă să atragem atenția asupra unei profilaxii primare, de combatere a factorilor de risc, de prevenire a bolilor cardio-vasculare și metabolice, care pot determina secundar infarctul vasculo-cerebral cu consecințe nefaste.

— **Deci, în ultimă instanță, tot profilaxia rămîne cea mai importantă. În ce constă ea în cazul accidentului vascular cerebral?**

— Măsurile profilactice au o importanță deosebită și constau în combaterea factorilor de risc. Dispensarizarea și tratarea corectă a bolnavilor cu hipertensiune arterială, a diabetului zaharat și a arteriopatiilor de diverse naturi, ca și a valvulopatiilor la tineri sînt măsuri importante pentru evitarea accidentelor vasculare cerebrale. Se va face profilaxia aterosclerozei printr-un regim de viață echilibrat, combaterea sedentarismului și regim alimentar corespunzător. Se va urmări îndeaproape tratarea corectă a bolnavilor cu insuficiență cardiacă și a celor cu fibrilație atrială. Reabilitarea deficitului neurologic constă în kinetoterapie, reeducare motorie și reeducarea vorbirii.

— **Ați precizat la începutul dialogului nostru că atacurile ischemice cerebrale pot lua diferite aspecte, în raport cu modul de instalare și evoluție, dintre acestea o mare importanță acordîndu-se formei de atac ischemic tranzitoriu (AIT), denumit și insuficiență circulatorie cerebrală tranzitorie. Cum se definește el și ce caracteristici îmbracă?**

— El se definește ca o reducere acută și focalizată a debitului sanguin cerebral, cu pierderea tranzitorie a unor funcții cerebrale. Caracteristic este faptul că fenomenele neurologice care sînt realizate prin această tulburare circulatorie sînt de scurtă durată, de la cîteva minute la cîteva ore (cel mult 24 de ore), cu dispariția completă a fenomenelor neurologice. Important este însă de știut că simptomele se mai pot repeta în același teritoriu sau în alte teritorii arteriale cu același caracter tranzitoriu și este important de subliniat, de asemenea, că, în afara acestei caracteristici de repetitivitate, AIT constituie clopoțelul de alarmă pentru instalarea unui accident vascular cerebral major, de obicei tot ischemic, al cărui dramatism l-am prezentat mai înainte. AIT

Continuare în pag. 64

Geta GEORGESCU



— Întreaga dv. activitate se desfășoară în aria de preocupări privind plantele medicinale. În acest context sinteți, desigur, în măsură să oferiți argumente pentru terapia naturistă — în principal pentru fitoterapie.

— Nu este un secret pentru nimeni interesul crescând din ultima vreme pentru terapia naturistă, în mod special pentru fitoterapie. Nu aş interpreta această tendinţă ca o bucolică întoarcere la natură, aşa cum o propăvăduia Jean Jaques Rousseau, ci ca o dezvoltare, pe baza cercetărilor ştiinţifice de specialitate (fitochimice, farmacologice, farmacodinamice), a noi proprietăţi ale plantelor medicinale şi prin fundamentarea mai solidă a acestora. Cred, totodată, că un rol important l-a jucat mai buna informare a publicului larg prin numeroasele lucrări apărute în ultima vreme, articole de popularizare din presa scrisă şi vorbită.

De ce pledez pentru fitoterapie? În primul rând, pentru că organismul uman asimilează foarte bine structurile naturale existente în plante. Pentru ce înseamnă elementul

PLANTELE MEDICINALE, IZVOARE DE SĂNĂTATE

Interviu cu doctor în ştiinţe biologice Mircea ALEXAN, director general al Trustului PLAFAR

„natural” pentru organism, consider ilustrativ acest exemplu: la masă, dacă se începe cu un fel de mâncare preparat (deci la care structurile naturale au fost distruse prin fierbere sau prăjire), în sine se măreşte imediat în mod semnificativ numărul de leucocite, deci organismul s-a mobilizat contra unei eventuale agresiuni (aşa-numita leucocitoză post-prandială); dacă, dimpotrivă, masa se începe cu crudităţi (sucuri, salate), numărul leucocitelor nu se măreşte, deci organismul îşi recunoaşte structuri apropiate. Structurile acestea sînt adesea extrem de complexe, multe neputînd fi reproduse prin sinteză. În plus, aşa cum o arată numeroase cercetări, complexul de substanţe active pre-

zente în plante are un efect superior efectului unei substanţe izolate.

— Să înţelegem că sinteţi un partizan fără limite al fitoterapiei?

— Am pentru fitoterapie o „dragoste lucidă”, adică o consider deosebit de utilă, dar în anumite limite. Sînt anumite afecţiuni, îndeosebi cele acute, la care recomandarea unor ceaiuri ca tratament de bază înseamnă pierderea unei şanse de vindecare, care s-ar putea realiza prin chimioterapie sau act chirurgical ori altă terapie pe care numai medicul este în măsură să o prescrie.

După cum la fel de periculos este şi dictonul despre ceaiuri sau alte preparate simple din plante potrivit căruia: „chiar dacă nu fac bine, nu fac

nici un rău", cu alte cuvinte că nu au contraindicații și nu sînt lipsite de toxicitate, de pericolozitate. Fals! Mînuite la întimplare, plantele medicinale pot provoca mult rău (vorbesc chiar de plantele din nomenclatorul PLAFAR). Aș exemplifica cu utilizarea fără discernămint a speciei *Arnica montana* (Arnică), la care supradozarea duce la tulburări nervoase puternice, ba chiar la moarte, cu *Chelidonium majus* (Rostopasca), toxică și ea la supradozare, ba chiar cu aparent inofensivul *Pelin* (*Artemisia absinthium*), care, folosit în cure prelungite, duce la tulburări nervoase specifice, așa-numitul absidism. Și corelațiile dintre afecțiuni contează mult: tratarea unei dischinezii biliare cu plante amare, fără a ține seama că pacientul suferă și de o gastrită hiperacidă, poate duce la agravarea severă a acesteia, mergînd pînă la ulcer cu nișe.

Veți înțelege de ce sînt adversarul hotărît al vânzătorilor de tarabă, care nu numai că vînd planta cu prețuri de mare speculă, adesea depășind de zeci de ori prețul oficial al produselor PLAFAR, dar își permit să dea și indicații de genul „bune pentru burtă”, „pentru rinichi”, „pentru reumă”... Cunoșc numeroase cazuri de accidente severe, chiar mortale, datorate urmării unor indicații de acest gen.

— **Utilizarea plantelor medicinale are o veche tradiție pe teritoriul patriei noastre. Ce factori au favorizat-o?**

— Dezvoltarea fitoterapiei la noi în țară are rădăcini adînci în vechile și valoroasele tradiții ale etnoiatriei, foarte ilustrative fiind în acest sens cuvintele unui savant din secolul al XVIII-lea: „... românimea cunoaște bine ierburile și, întrebuițîndu-le spre folosul ei, întrece alte neamuri”. La aceasta au concurat o serie de factori obiectivi, din care menționăm: așezarea țării noastre la mijlocul distanței dintre ecuator și pol (sîntem doar străbătuți de paralela de 45°!), relieful armonios, coborînd în trepte de la munții cu

timpla în nori pînă la malul mării, precum și influențele floristice foarte variate: pontice, sarmatice, central-europene, ba chiar mediteraneene și atlantice. Toate acestea duc la o bogăție impresionantă a florei în general (întîlnim în România peste 50 la sută din flora întregii Europe, respectiv peste 3 500 de specii), din care peste 800 cu proprietăți medicinale. Factorul subiectiv este cel puțin la fel de important: teritoriul țării noastre a fost locuit din cele mai vechi timpuri de o populație stabilă, cu ocupații care o legau strîns de natură: vînătoria, pescuitul, păstoritul și în special agricultura. Comuniunea aceasta cu natura a strămoșilor noștri a făcut ca ei s-o cunoască, s-o iubească și să știe a o folosi, așa cum n-ar fi putut-o face semîințele involburate de valurile istoriei mereu pe alte meleaguri. De altfel, chiar Zamolxe, divinitatea supremă a geto-dacilor, era și zeu-vindecător, iar preoții săi se ocupau în mod direct de vindecarea



cu ajutorul plantelor în special.

Ridicată astăzi la rangul de știință, școala românească de fitoterapie are pîntre cîtorii ei pe chiar primii mari bota-

niști ai epocii moderne: marii magistri D. Brîndză, D. Grecescu, care au lucrări de bază despre utilizarea plantelor medicinale. Astăzi amintim cu mîndrie pe continuatorii acestora, care au catalizat în jurul activitatea unor nuclee de cercetare cu bune rezultate: prof. Em. Grigorescu la Iași, prof. G. Răcz la Tîrgu Mureș, profesorii D. Constantinescu și I. Ciulea la București, prof. T. Goina urmat de o adevărată pleiadă clujeană: V. Hodișan, V. Cucu, M. Tamaș, P. Petcu și alții. Este de amintit ca o prioritate mondială metodologia de cartare economică a florei medicinale spontane, elaborată de R. Zitti, M. Retezeanu, O. Bojor, V. Calcandoli. Colective de valoare, cu o tematică largă, ființează la Institutul pentru Controlul de Stat al Medicamentului și Cercetări Farmaceutice și la Institutul de Cercetări Chimico-Farmaceutice.

— **Aparent, așa cum ați arătat, lumea plantelor de leac a fost studiată din vremuri imemorabile și totul pare bine cunoscut. Și, totuși, auzim mereu despre noutăți în domeniul fitoterapiei. Care considerați că este locul „noului” în acest domeniu?**

— Avem în general tendința să împărțim științele în discipline extrem de dinamice (în rîndul cărora clasăm bionica sau electronica, de pildă), în timp ce disciplinele descriptive (ca, de exemplu, botanica, zoologia ș.a.) sînt considerate oarecum osificate, în care mai totul a fost deja spus. Plasarea fitoterapiei în rîndul celor din urmă este complet greșită.

În unele cazuri se depistează noi proprietăți medicinale pentru plante recomandate în alte utilizări. Pentru exemplificare, să prezentăm cazul speciei *Tonacatum vulgare* (Vertice), cunoscută ca vermifugă, și căreia am reușit să-i demonstrăm proprietatea de a anihila protozoorul parazit *Giardia* (Lamblii) intestinalis, ducînd la elaborarea preparatului *Giardinocid* sau al speciei *Equisetum arvense* (Coadă calului), care era cunoscută pînă recent mai mult

ca diuretică. Însă cercetări moderne conduc spre o altă utilizare de bază și anume, datorită mării rezistenței țesutului conjunctiv, e folosibilă în poliartrite cronice, atroze etc. Și exemplele pot continua.

În alte cazuri, specii pentru care nu se cunoșteau proprietăți medicinale importante irump — datorită unor cercetări minuțioase — pe prima scenă a fitoterapiei. Să exemplificăm și aici. Prof. dr. G. Rácz a demonstrat proprietățile diuretice ale Zămoșiței (*Hibiscus trionum*), introdusă în formula Ceaiului diuretic 3, în timp ce colectivul condus de conf. dr. Pavel Petcu a fundamentat proprietățile speciilor de *Xanthium* (Ghimpe) în afecțiunile de prostată, domeniu în care fitoterapia era mai puțin efecă.

Dar iată că există și ramuri noi sau în dezvoltare ale fitoterapiei: în rîndul acestora menționăm fitobalneoterapia și mai ales aromoterapia (folosirea uleiurilor volatile, cu o mare valoare bactericidă, dar și cu alte proprietăți importante).

— În largă paletă de recomandări ale plantelor medicinale, ce indicații specifice sînt pentru tinăra mamă?

— Pentru femeie, chiar înainte de a deveni mamă, plantele medicinale pot fi utile. Specia *Alchemilla vulgaris* (Crețșoară) este un remediu contra unor cazuri de sterilitate, stînd la baza unui medicament destul de recent, denumit chiar *Alchemilla*. În perioada lehzuziei, pentru stimularea secreției de lapte, sînt utilizate în cure de lungă durată plante medicinale cu așa-numite proprietăți galactogoge, ceaiurile bîndu-se călduțe, de regulă dimineața și seara. Cele mai active sînt considerate a fi fructele de umbelifere, respectiv cele de Chimion, Coriandru sau Fenicul (*Fructus Carvi*, *Coriandri* et *Foeniculi*). Ceaiurile se fac sub formă de infuzie, cu o linguriță la cană, putîndu-se bea separat sau în combinație, îndulcite după gust.



Foarte plăcutul ceai de flori de Soc (*Flores Sambuci*), ca infuzie cu 1—2 lingurițe la cană este și el foarte util. Pe principiul acțiunii sinergice și complementare a ceaiurilor combinate, recomandăm un ceai din flori de Soc (*Flores Sambuci*), fructe de Fenicul (*Fructus Foeniculi*) și frunze de Roiniță (*Folium Melissae*) în părți egale. Cu amestecul respectiv se face o infuzie cu o lingură la cană, bîndu-se 2—3 căni pe zi. În schimb, în perioada lehzuziei se vor evita ceaiurile de Pelin, Anghinare sau din plante amare, care imprimă acest gust laptelui, ce va fi respins de copil. În așa-numita „furie a laptelui”, pentru oprirea lactației se poate folosi o infuzie din frunze de Nuc (*Folium Juglandis*) și de Salvie (*Folium Salviae*), precum și conuri de Hamel (*Strobili Lupuli*), cu o lingură la cană, bîndu-se 2 căni pe zi, dimineața și seara. În uz extern, se recomandă cataplasme calde cu decoct preparat din 2—3 linguri de coajă de Sălcie sau de Stejar (*Cortex Salicis* et *Querci*) la 200 ml de apă. Și în trichomoniază, produsă cu protozorul parazit *Trichomonas va-*

ginalis, care se manifestă, în general, printr-o secreție mucopurulentă (numită și lecoree sau „poală albă”) și prurit, se pot aplica unele remedii fitoterapeutice, respectiv spălături vaginale călduțe, de 2—3 ori pe zi, cu (Flori de Gălbenele) *Flores Calendulae* sau conuri de Hamel, în ambele cazuri infuzii concentrate din 2—3 linguri la 200 ml de apă.

— Dar pentru copil, considerați că este o fitoterapie specifică?

— Desigur că sînt unele indicații fitoterapeutice specifice pentru copii. Așa, de pildă, în cazul durerilor abdominale, atît de frecvente la sugari și copii mici, cu forme de manifestare meteorismul sau balonările, rezultate din acumularea gazelor în stomac și intestine, fenomen legat în special de dispepsiile de fermentație, se folosesc plante cu acțiune antispastică și carminativă, care favorizează eliminarea gazelor, avînd, în general, ca principii active uleiuri volatile. Îndulcirea se face cu zahărul fiert în apă. Efecte deosebit de favorabile au fructele (impropriu numite „semințe”) unor specii de umbelifere, sub formă de infuzie, din care se administrează, în funcție de vîrsta copilului, de la 2 la 3 ceșcuțe (de 100 ml) la sugari, pînă la 2—3 căni pe zi la copii de 2—5 ani. Din rîndul acestora menționăm fructele de Fenicul, Coriandru, Chimion sau Anason (*Fructus Foeniculi*, *Coriandri*, *Carvi* et *Anisi*), pentru infuzie folosindu-se doar 1/2 linguriță la 100 ml de apă. În afara acestora, se mai recomandă și florile de Mușeșel (*Flores Chamomillae*), infuzie cu 1—2 lingurițe la cană (efectul crescînd prin asocierea cu fructe de Fenicul), precum și frunzele de Roiniță (*Folium Melissae*), infuzie din o linguriță la cană, cantitatea dozîndu-se după vîrsta copilului. Un util ceai combinat este ceaiul contra colicilor pentru copii, cu efecte carminative, antispastice, de calmare a durerilor.

Tratamentul intern se poate asocia cu tratamentul extern, care constă în aplicarea de ca-

taplasme calde pe abdomen cu o infuzie de Măghiran (*Herba Majoranae*) realizată din 1—2 lingurițe la 100 ml de apă.

Tot exclusiv pentru copii este preparatul fitobalneologic Babyplant, pentru combaterea eritemului fesier și a altor inflamații ale dermei atât de fine a sugarilor. Plantele componente au acțiune astringentă, antibacteriană, antiinflamatorie.

Cît despre giardioza parazitară, cu o frecvență mai ridicată la copii, am amintit mai sus de preparatul fitoterapeutic original Giardinocid, care are și alte efecte benefice: mărirea apetitului, dispariția senzațiilor de vomă și a altor simptome care însoțesc afecțiunea menționată.

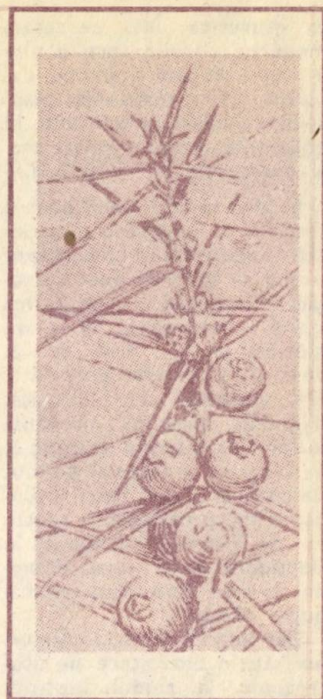
Pe un alt plan, chiar în afecțiunile nespecifice vîrstei mici, vom interveni cu alte plante decît la adult, mai ușor de tolerat de către organismul omulețului în devenire. De pildă, în cazul constipației active nu se recomandă administrarea unor produse care au principii active din grupa oximetilantirachinonelor — chiar dacă ele sînt foarte eficiente: coaja de Crușin (*Cortex Frangulae*), rizomii de Revent (*Rhizoma Rhei*), deoarece sînt iritante pentru tubul digestiv al copilului. În schimb, se poate interveni cu laxative ușoare, printre care florile de Porumbăr (*Flores Pruni spinosi*), infuzie cu o linguriță la cană, care se bea înainte de culcare, la nevoie și a doua cană peste zi; apoi florile de Soc (*Flores Sambuci*), acestea putînd fi folosite chiar la sugari, la copiii mai mari utilizîndu-se și frunzele de Frasin (*Folium Fraxini*), rădăcina de Cicoare (*Radix Cichorii*) și chiar mai energica Volbură (*Herba Convolvuli*). De asemenea, se pot administra și semințele de in (*Semen lini*), cu acțiune mecanică datorită mucilagiilor, acționînd chiar în constipații rebele. O sugestie este și culegerea florilor avortate de la Piersic, un laxativ care are avantajul de a fi foarte plăcut.

În cazul diareelor nu vom



administra la copilul mic coaja de Stejar (*Cortex Quercus*), chiar dacă prin conținutul în taninuri este deosebit de astringentă, ci vom interveni cu infuzie din frunze de Măță (*Folium Menthae*), la cei mai mari cu fructe de Porumbăr (*Fructus Pruni spinosi*), frunze de Frag, Zmeur sau Mur (*Folium Fragariae*, *Rubi idei* et *Rubi fruticosi*), mai ușor de suportat datorită gustului plăcut, iar în cazuri mai accentuate cu Răchitan (*Herba Salicariae*).

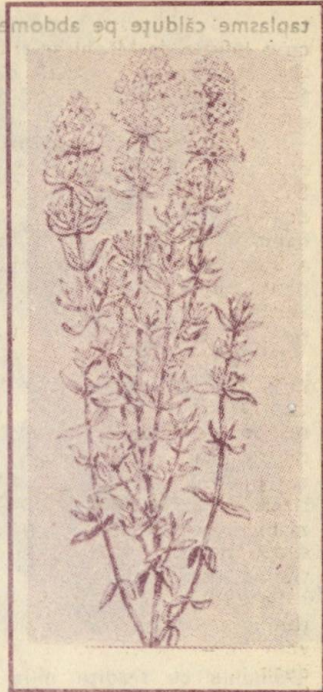
Chiar și în modul de administrare apar unele recomandări specifice. Desigur, bine ar fi fost să putem respecta ceea ce preconizau marii medici arabi ai evului mediu, și anume, ca medicamentele să fie plăcute la gust: siropuri, pistiluri, loțiuni parfumate. Dacă nu putem generaliza acest principiu, măcar pentru copii, în unele situații, putem realiza aceasta. În acest sens, se pot utiliza în multe cazuri siropurile. Iată, de pildă, în anorexie, siropul de Ghințură (*Gentiana Cutea*) realizat din o lingură de plantă și 150 ml de apă în clocot; se lasă la macerat 6 ore, după care se stre-



coară, se adaugă 1/4 kg zahăr și se fierbe pînă capătă consistență siropoasă) se iau 3—4 lingurițe pe zi. Siropurile din muguri de Pin sau din frunze de Pătlagină se prepară în mod similar.

— **Ce plante medicinale considerați că ar trebui să mai cuprindă „farmacia casei” a unei familii cu copii?**

— În afara celor menționate anterior, aș recomanda uleiul de Sunătoare, un foarte bun cicatrizant, util în arsuri (care copil nu se apropie măcar o dată cu minuța de strălucirea flăcării?) sau pentru micile răni înserente zburdălniciei. În acest scop, 20 g de plantă mărunțită, macerată 24 de ore cu o lingură de alcool, se fierbe la baia de apă timp de 3 ore, la flacără mică, în 200 ml ulei alimentar, mestecîndu-se din timp; după răcire se strecoară și se ține în sticle închise. După cum este util de păstrat și un oțet aromat din petale de Trandafir sau de Cimbbru, pentru frecționări în caz de răceli sau gripă. În afecțiuni respiratorii se recomandă pentru prima fază, cea iritativă, plante emoliente, cu mucilagii, ca, de exemplu, flori



și fructe de Podbal (Flores et Folium Farfarae), flori sau frunze de Nalbă (Flores Malvae arboreae, Folium Althaeae ș.a.), frunze de Pătlagină (Folium Plantaginis), dar mai ales petale de Mac roșu (Flores Rhoeadae). În a doua fază, cea de coctiune, vor fi utile florile de Ciuboșica Cucului (Flores Primulae), care vor ajuta la expectorație.

Prin sudorația produsă, florile de Soc (Flores Sambuci) sînt utile în toate afecțiunile febrile, ducînd la scăderea temperaturii.

Alte plante le vom păstra în „farmacia casei” în funcție de unele probleme specifice ale sănătății celui mic.

În rahitism, de pildă, frunzele de Nuc (Folium Juglandis) vor fi utile atît în uz intern (infuzie concentrată cu 4 linguri la cană, 3—4 linguri pe zi), cît și în uz extern (băi tonice cu infuzie foarte concentrată, cu 200 g la litru, care se adaugă prin strecurare la apa de baie).

Ca vermifuge generale vor fi utile Cimbrul de cultură sau Cimbrișorul de cîmp (Herba Thymi vulgaris et Herba Serpylli), fructele de Corian-

dru (Fructus Coriandri), cu acțiune specifică contra oxiurilor fiind Pelinul (Herba Absinthii), exclusiv în uz extern, iar contra ascarizilor rădăcina de Iarbă mare (Radix Inulae).

În rest, plante folosite pentru adulți.

— **Medicina modernă tinde să devină din ce în ce mai mult o medicină a omului sănătos, o medicină a prevenirii. Ce ne propune din acest punct de vedere „farmacia verde”?**

— Prin bogăția deosebită în vitamine, mai ales în vitamina C, unele plante medicinale sînt vitaminizante importante mai ales în perioada de iarnă, cînd alimentația este mai săracă din acest punct de vedere. Măceșele (Fructus Cynosbati) sînt deținătoarele unor recorduri în lumea vegetală, greu de închipuit, ele depășind sub raportul conținutului în vitamina C de 2—8 ori lămiile, considerate un adevărat etalon din acest punct de vedere. Ele mai conțin, de asemenea, în cantitate mare vitamina A și săruri minerale. O infuzie sau decoctie scurtă (de numai 5 minute) cu 1—2 lingurițe la cană poate deveni

băutura de bază la micul dejun. Proprietăți asemănătoare au și fructele de Catină (Fructus Hippophae), care pot fi utilizate fie singure, fie împreună cu măceșele. Măceșele se mai pot administra și sub formă de sirop, iar vara ca băutură răcoritoare (100 g macerate 12 ore într-un litru apă, cu adaus de 100 g zahăr — se strecoară și se păstrează la rece).

— **În încheiere, ce îndemn adresați cititorilor noștri?**

— Nu știu dacă am fost destul de elocvent în a arăta ce minunat dar al naturii îl reprezintă plantele medicinale. Alături de îmboldul de a le cunoaște mai bine, de a ști să le deosebească, să le recolteze și să le păstreze corect, alături pe acela de a proteja această bogăție naturală, fiind valabile și aici cuvintele gînditorului francez J. Joubert, scrise cu mai bine de un secol în urmă: „Am primit lumea ca o moștenire pe care nu îi este îngăduit nimănui să o deterioreze, ci fiecare generație este obligată să o lase mai bună posterității”.

Dr. George M. GHEORGHE



PLANTELE MEDICINALE ÎN „FARMACIA CASEI”

Domeniu cu tradiții milenare, terapia cu plante medicinale a revenit în actualitate deoarece ea poate oferi omului bolnav remedii naturale, cu acțiune benefică atât asupra organului sau aparatului afectat de boală, cit și asupra întregului organism, contribuind în același timp la combaterea abuzului și a dependenței față de medicamentele de sinteză.

Cercetările științifice au dovedit că produsele farmaceutice, cucerire incontestabilă a secolului nostru, atunci când sînt utilizate la întîmplare sau fără indicație medicală pot avea efecte nedorite asupra organismului. S-a demonstrat, în același timp, că produsele „farmaciei naturii”, fabricate de celula vie, sînt mai bine tolerate de organismul uman, sînt mai ușor asimilate, deci mai eficace.

Iată de ce sugerăm tuturor acelor care iau contact cu lumea vegetală a plaiurilor noastre să nu treacă cu ușurință pe lângă plantele medicinale tradiționale, utile în „farmacia casei”, ci să le culegă, să le use, să le ambaleze în pungi de hîrtie sau în săculețe de pînză pentru a le putea folosi la nevoie. Ele constituie remedii prețioase, ca adjuvante ale

tratamentului de bază indicat de medic.

Dar și în domeniul utilizării plantelor medicinale trebuie făcute cîteva precizări: terapia cu plante medicinale nu exclude utilizarea medicamentelor de sinteză sau celelalte procedee terapeutice; nu există o plantă sau un remediu universal care să vindec toate bolile: plantele medicinale, cu tot conținutul lor bogat în principii active, au, fiecare în parte, o indicație principală și deci și o eficacitate maximă pentru o anumită afecțiune; să nu se apeleze la plantele medicinale ca la „o ultimă speranță”, după ce toate celelalte mijloace terapeutice au fost epuizate; terapia cu plante medicinale, adresîndu-se în mare măsură bolnavilor cronici, presupune un tratament de lungă durată, condus după anumite reguli, cu respectarea, în același timp, a celorlalte indicații medicale; și o recomandare foarte importantă: înainte de utilizare — sub formă de infu-

zii sau decocturi — plantele medicinale vor fi spălate sub un jet de apă rece, asemenea fructelor și zarzavaturilor.

În cele ce urmează vom prezenta în ordine alfabetică cîteva specii de plante medicinale dintre cele mai utile în „farmacia casei”, modul lor de recoltare și, desigur, indicațiile pentru tratarea diferitelor boli.

ANGHINAREA (*Cynara scolymus* L.). În scopuri farmaceutice se valorifică frunzele, care conțin principii active de mare valoare terapeutică. Extractul din frunzele de Anghinare are o acțiune coleretică (crește și fluidifică secreția biliară), diuretică (mărește eliminarea apei și a ureei), stimulează funcția antitoxică a ficatului, hipocolesterolemiantă (favorizează metabolizarea colesterolului și crește eliminarea sa pe cale biliară). Frunzele de Anghinare se utilizează sub formă de infuzie, care se prepară dintr-o lingură de frunze mărunțite la 500 ml de apă. Cantitatea de ceai rezultată se bea în tot cursul zilei, o parte dimineața pe stomacul gol, după care bolnavul va sta culcat 1/2 de oră pe partea dreaptă; restul

se administrează în cursul zilei, înaintea maselor principale.

CIMBRIȘORUL (*Thymus serpyllum* L.). Conținând mari cantități de uleiuri volatile, Cimbrisoru are însușirea de a calma tusea. Partea întrebuințată este cea aeriană (iarba), care se culege în perioada de înflorire. Se administrează sub formă de infuzie preparată din 1—2 lingurițe plantă mărunțită la o ceașcă de apă. Din acest preparat, îndulcit cu miere caldă, se vor bea două cani pe zi.

CIREȘUL (*Cerasus avium* L.). Partea întrebuințată sînt codițele fructelor. Ele conțin substanțe care sporesc eliminarea urinii. Se prepară sub formă de infuzie din 10 codițe la 1 litru de apă. Se pot administra cîteva cești pe zi. Acțiunea diuretică crește dacă codițelor de cireși li se adaugă frunze de Mesteacăn, plante de Coadă calului și frunze de Merișor.

COADA ȘORICELULUI (*Achillea millefolium* L.). Răspîndită în toate regiunile țării, Coadă șoricelului se recunoaște după frunzele sale mărunte și foarte fin divizate, ca și după florile albe, mici, sub formă de umbreluțe. Se recomandă în afecțiuni ale stomacului. Planta are valoare de tonic, deoarece prin achilina pe care o conține (mai ales în frunze) stimulează, pe cale reflexă, pofta de mîncare, intensifică secreția biliară, calmează colicele stomacale și ajută la eliminarea gazelor. Se recomandă a fi folosită sub formă de infuzie preparată din 1—2 linguri de flori la 500 ml de apă, cantitate care se administrează în decursul zilei. Poate fi folosită și sub formă de comprese cu efecte calmante și dezinfectante, ca înlocuitor al Mușetelului.

GĂLBENELELE (*Calendula officinalis* L.). Binecunoscute tuturor, Gălbenelele se

numără printre puținele flori care împodobesc parcurile și grădinile noastre pînă la căderea primei zăpezi. Pe lângă calitățile lor ornamentale, Gălbenelele constituie și un adevărat izvor de sănătate. Preparatele obținute din florile acestei plante au proprietăți surprinzătoare. Extern, florile de Gălbenele sînt indicate pentru grăbirea cicatrizării rănilor, în gargarisme (în caz de angină sau stomatite). În toate aceste afecțiuni se prepară o infuzie dintr-un pumn de inflorescențe uscate (cît se cuprinde într-o mînă) la 500 ml de apă clocotită; se acoperă și după un sfert de oră se filtrează. Se fac tamponări din două în două ore cu vată pusă între bucăți de tifon. Gargara se face dimineața și seara, cu cîte un pahar de infuzie. Intern, infuzia de Gălbenele are efecte terapeutice remarcabile în ulcer, afecțiuni hepatobiliare, gastrite, tulburări cu caracter hipertonic și în timpul menopauzei, administrîndu-se de 2—3 ori pe zi cîte un pahar. Sub acțiunea infuziei sau a tincturii preparate din inflorescențe și administrată în doze de 2—3 g, de 3 ori pe zi, dispar fenomenele dispeptice, senzațiile de vomă, rigiilele, durerile și apăsările în zona ficatului; presiunea arterială se regularizează, amplitudinea contracțiilor mușchiului inimii crește.

MENTA (*Mentha piperita* L.). Menta sau Izmă are frunze cu miros pătrunzător caracteristic și un gust aromatic. Părțile întrebuințate sînt frunzele. Infuzia de frunze de Menta este recomandată în tratamentul diareei (o lingură de frunze sfărîmate la 250 ml de apă), infuzie din care se beau în timpul zilei 2—3 pahare. Totodată, calmează vărsăturile, redresează funcțiile ficatului și fortifică sistemul nervos. Sub formă de cataplasme reci este folosită în dureri de cap, iar frunzele strivite pot fi întrebuințate pentru calmarea mîncărimilor pielii, mai ales la persoanele în vîrstă.

MUȘTELUL (*Matricaria chamomilla* L.). Una din cele mai cunoscute și apreciate plante medicinale, Muștelul are nenumărate indicații terapeutice. Se administrează sub formă de infuzie, care este recomandată ca stimulent al digestiei. Infuzia se prepară din 1—2 lingurițe de flori la o ceașcă de apă clocotită. Se va consuma o ceașcă de ceai caldă la nevoie. În caz de balonare, infuziile de flori de Muștel și se vor adăuga fructe de Fenicul, rădăcină de Nalbă și de Menta în părți egale. Infuzia de Muștel se mai poate folosi și în răceli, pentru combaterea diareei, în boli de ficat și stomac. Extern, Muștelul poate fi folosit sub formă de cataplasme, pentru gargară sau în inflamații oculare. În gastrite și enterite se recomandă următorul amestec de plante: Muștel, Coadă șoricelului, Pelin, Menta, Salvie, amestec din care se prepară o infuzie obișnuită.

PINUL (*Pinus montana* Mill; *Pinus silvestris* L.). De la Pin se pot folosi mugurii, care conțin ulei volatil. Din o linguriță de muguri la 250 ml de apă se prepară infuzie cu efect balsamic (anti-bronșitic). Se pot bea 2—3 ceaiuri calde pe zi. Mugurii se mai pot folosi și pentru băi, avînd o acțiune antiseptică și cicatrizantă.

SOCUL (*Sambucus nigra* L.). Florile de la această plantă se pot folosi sub formă de infuzie preparată din 1—2 lingurițe flori la 250 ml apă. Se administrează 3—4 ceaiuri calde pe zi, care au o acțiune sudorifică puternică. Infuzia sau decoctul din frunze au proprietăți ușor laxative.

SUNĂTOAREA (*Hypericum perforatum* L.) poate fi recunoscută ușor prin aceea că frunzele primate prin transparență dau impresia că sînt perforate. În scopuri medicinale este utilizată întreaga plantă, recoltată în timpul înfloririi. Infuzia preparată din această plantă este indicată în

colecistite, ca antidiareic și cicatrizant al rănilor. Ea se prepară din 20 g plantă la un litru de apă și se administrează câte 2 cești pe zi după mesele principale. De asemenea, ajută digestia și este utilizată în bolile de stomac și intestine.

TEIUL (*Tillia cordata*). Partea întrebuințată sînt florile, cu sau fără codița însoțitoare. Substanțele pe care le conține floarea îi conferă proprietăți sudorifice și expectorante recomandate în toate stările, de răceală. Infuzia se prepară din 2—3 lingurițe de flori la 250 ml apă, administrîndu-se 2—3 ceaiuri îndulcite în cursul unei zile. Are efecte calmante în tuse, bronșite, ajutînd la eliminarea secrețiilor. Ceaiul de Tei băut cald, după masă, ajută digestia. Gargara cu infuzie de flori de Tei are acțiune favorabilă în amigdalite. Sub formă de băi are efecte calmante ale sistemului nervos.

BAILE DE PLANTE

O cură de asemenea băi cuprinde 10 înbăieri efectuate în 10 seri succesive, iar felul plantelor componente diferă de la o maladie la alta.

● Băile de plante au efecte binefăcătoare în afecțiuni reumatismale, mai ales în cele însoțite de dureri, edeme și anchilozе. În acest caz se recomandă următorul amestec de plante: frunze de Urzică, de Frasin, Nuc și Mesteacăn, muguri de Pin, flori de Soc și flori de Coadă șoricelului și iarbă de Busuioc.

● Pentru alinarea durerilor provocate de herniile de disc, la formula arătată mai sus se adaugă și flori de Levănțică, Cimbru și Sulfină.

● Persoanelor care suferă de insomnii, de irascibilitate exagerată, astenii sau stări de epuizare nervoasă li se recomandă o cură de 10 băi cu următoarea formulă de plante: flori de Levănțică, de Soc, de Sulfină, de Hamei, de Tei, iarbă de Măghiran, Sovîrf și Busuioc.

VİSCUL (*Viscum album* L.).

Plantă semiparazită ce crește pe ramurile unor pomi fructiferi sau unor copaci de pădure. Vîscul are o puternică acțiune hipotensivă. Sînt folosite frunzele și ramurile tinere recoltate în perioada noiembrie — februarie. Pentru combaterea hipertensiunii arteriale se folosește maceratul de vîsc preparat după rețeta: 2 lingurițe de vîsc bine mărunțit, adăugate la o jumătate de ceașcă cu apă de robinet și păstrat la temperatura camerei timp de 8 ore. În acest timp, lichidul se colorează într-un brun-gălbui. Se filtrează și se consumă treptat, câte 2—3 linguri, de preferință seara, înainte de culcare. Nu se admite utilizarea unor doze mai mari deoarece pot apare deranjamente stomacale sau chiar intoxicații. Doza indicată nu este nocivă și se poate utiliza permanent, cu pauze de câte 10 zile după fiecare 2—3 săptămîni de tratament. Maceratul odată prepa-

rat trebuie consumat în cel mult 6—8 ore.

ATENȚIE!

● Infuziile, decocturile și ceaiurile antidiareice de tip Plafar, toate, se vor bea nefîndulcite sau îndulcite cu zaharină.

● Asemănător medicamentelor, ceaiurile medicinale nu se folosesc oricînd, ci respectînd timpul cel mai indicat pentru administrare.

● Înainte de mese sau înainte de culcare se vor bea ceaiurile care combat răcelile, tusea, cele care produc transpirații sau cele care se dau bolnavilor cu febră.

● Cu aproximativ o jumătate de oră înainte de masă se vor bea ceaiurile care se dau pentru poftă de mîncare, tonice sau amare.

Tereza BUDURA
cercetător științific,
Laboratorul de educație
sanitară — I.I.S.P. București



● Copiii nervoși, chiar și cei de 2—3 luni, pot fi înbăiați în infuzie de Tei, amestecat cu Cimbrisor și Arnică.

● Pentru afecțiunile pielii, iritații, eczeme sau psoriazis sînt recomandate băile cu un amestec de plante cuprinzînd: flori sau frunze de Nalbă, flori de Gălbenele, iarbă de Pelin, Isop, Patlagină, Mușețel.

● În caz de supurații sau infecții ale tegumentelor, formula cuprinde: 50 g flori de Arnică și cite 100 g Gălbenele Cimbru și Pelin.

CUM SE PREPARĂ O BAIE

După ce am amestecat cit mai omogen plantele componente, întreaga cantitate o vom împărți în 10 părți aproximativ egale, fiecare parte reprezentînd doza pentru o baie. Pentru o baie vom folosi esența rezultată din clocotirea timp de 4—5 minute a 2—3 litri de apă în care am introdus o asemenea doză.

Durata unei băi este de 10—20 minute, după care bolnavul va fi culcat în pat și învîelit bine.

GEMENI SIAMEZI



Nu de mult presa din întreaga lume a scris despre o operație neobișnuită efectuată la clinica din Baltimore, în cadrul căreia au fost despărțiți cu succes gemenii, în vîrstă de 7 luni, Patrik și Benjamin Binder din R.F. Germania: Operația a durat 22 de ore, la ea luînd parte optzeci de specialiști, un caz unic, fiindcă pentru prima oară în istoria medicinei s-a încercat salvarea unor copii care aveau creierul unit.

La fiecare o sută de mii de nașteri revine în medie o pereche de gemeni siamezi. În decursul timpului au fost uniți asemenea gemeni care, dacă n-au murit curînd după naștere, au fost condamnați să-și trăiască viața împreună. Cei mai cunoscuți gemeni siamezi au fost frații Ciang și Eng care s-au născut în anul 1811 în Siam, astăzi Tailanda. După ei s-au denumit asemenea cazuri „siameze”. Cînd au avut șaisprezece ani, mama lor i-a vîndut unui marinar englez, care i-a dus în Statele Unite ale Americii, unde i-a vîndut proprietarului cunoscutului circ Barnum. Ciang și Eng au apărut pe arena circuitului devenind una din principalele atracții. Interesant este că cei doi gemeni uniți aveau un caracter complet diferit: Ciang era certăreț, gălăgios, fuma și era bețiv, în timp ce Eng era liniștit, nu fuma și n-a baut niciodată. Amîndoi erau căsătoriți, soțiile lor însă nu se puteau suferi. Ciang și Eng au murit în același timp, cînd au împlinit 63 de ani.

Mai bine de 60 ani au trăit surorile gemene Daisy și Violeta Hilton, care erau unite în șolduri (cele din imagine). Ele au murit de gripă în 1969.

Pentru prima oară în istorie s-a reușit separarea unor gemeni siamezi (surori în vîrstă de 13 ani din Bengal) la Paris în anul 1893. Astăzi separările au devenit aproape curente, cît timp nu sînt unite organe importante ca inima, stomacul ori ficatul.

T. CUTLIC

TAIJIQUAN

Exercițiile fizice se practică în China de mii de ani. La sfîrșitul perioadei dinastiei Han, un renumit medic, Hua Tuo, scria: „Corpul uman are nevoie de exerciții constante” și „exercițiile regulate ajută digestia, stimulează circulația și ajută corpul să reziste bolilor”. El a creat un set de exerciții specifice, WU-QINXI, din care au derivat, mai tîrziu, BUDUANJIN, YIJINJING și QIGONG. Mai apoi, cel mai popular dintre sistemele de exerciții a devenit TAIJIQUAN. Rezultatele au fost concentrate într-un set de 24 de forme de TAIJIQUAN simplificat și în alte seturi mai complicate.

Caracterizîndu-se prin calm, liniște, relaxare, ritmicitate în mișcări, respirație naturală și coordonare perfectă fizică și psihică, TAIJIQUAN se recomandă oamenilor de orice vîrstă pentru efectele sale tonifiante asupra sănătății fizice și psihice, cît și asupra longevității.

De-a lungul ultimului secol, TAIJIQUAN a suferit o serie de modificări semnificative, eliminîndu-se mișcările explozive și devenind un sistem de exerciții mult mai relaxate și mai grațioase. S-au dezvoltat mai multe școli de gimnastică tradițională TAIJIQUAN, dar toate respectă următoarele linii generale: pozițiile, pe parcursul exercițiului, sînt naturale și relaxante. Mișcările amintesc de un fluid, mușchii nefiind rigizi, ci destinși la maximum. Respirația — adîncă și naturală. Exercițiul comportă o combinație între vigoare și calm, excluzîndu-se total rigiditatea nervoasă sau musculară; mintea este eliberată de orice influență exterioară, dar este menținută într-o permanentă alertă; ea dirijează riguros corpul, realizînd unitatea gîndire — mișcare, coordonarea foarte bună

a mișcărilor de-a lungul întregului exercițiu. În timpul exercițiilor lente, calme, fiecare parte a organismului se află într-un dinamism constant.

Exercițiul de TAIJIQUAN ne sugerează un dans al nufurilor pe suprafața lină, fără nici-o tresărire, a apei, alunecarea molcomă a unor umbre, ceea ce, de altfel, stă la baza traducerii literare a termenului TAIJIQUAN (boxul umbrei). Fiecare formă de exercițiu are o denumire proprie, care simbolizează esența exercițiului respectiv.

Datorită efectelor sale revigorante, TAIJIQUAN s-a impus tot mai mult atenției medicilor. Ca metodă de tratament prescrisă în spitale și sanatorii, și-a dovedit eficacitatea într-o serie de afecțiuni cronice cum ar fi: hipertensiunea arterială, neurastenii, ateroscleroză, tuberculoză etc., precum și într-o serie de tulburări de metabolism.

Efectele terapeutice ale TAIJIQUAN-ului sînt legate direct de caracteristicile sale: un grad înalt de concentrare; mișcări lente, deconectante și neîntrerupte; respirație naturală, uneori antrenînd și respirația abdominală, efectuată în perfectă armonie cu mișcările corpului.

Înaltul grad de concentrare solicitat de aceste exerciții stimulează și tonifică sistemul nervos central. Antrenînd spiritul și trupul în același timp, aceste exerciții implică cortexul cerebral, cauzînd sau anulînd excitații în unele sau altele dintre regiunile scoarței cerebrale. S-au dovedit, de altfel, efecte deosebite în ameliorarea unor afecțiuni cardiovasculare, respiratorii, musculare, nervoase la oameni de toate vîrstele. Un program constant de TAIJIQUAN, practicat sub supraveghere medicală, poate contribui din plin la menținerea și îmbunătățirea sănătății fizice și psihice a omului.

Răzvan VOVCENCO

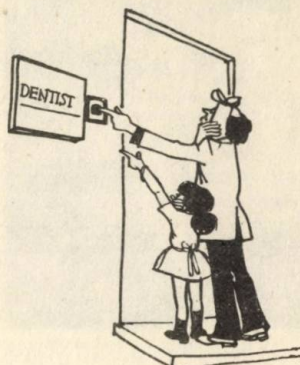
POT FI PREVENITE BOLILE CARDIOVASCULARE?



GÎTUL

Prevenirea
și tratarea
anginelor
la copii.

Anginele - risc de reumatism articular
acut - risc de lezare a valvelor inimii.



DINȚII

Prevenirea
infecțiilor
dentare.

Infecțiile dentare - risc de infecții a val-
velor inimii.



COLESTEROLUL

Reducerea
grasimilor
din alimentație.

Valori normale la 1 l de sînge: colesterol
2,20-2,80 g; trigliceride 0,70-1,40 g; corpi
grași total: 6-8,50 g.



DIABETUL

Atenție
la zahărul
din sînge!

Valori normale la 1 l de sînge: pe nemîn-
cate 0,80-1,20 g; după o masă mai puțin
de 1,40 g.

Amplarea răspindirii bolilor cardiovasculare în lumea contemporană i-a făcut pe toți cei implicați în domeniul cercetării medicale să perfecționeze nu numai mijloacele de intervenție terapeutică, ci și pe cele de prevenire a acestor afecțiuni. Aceasta datorită faptului că pentru a combate o boală este absolut necesar să fie combătute nu simptomele ci cauzele. Cardiologii, sociologii, psihologii au ajuns astfel la concluzia că se impune cu necesitate intensificarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare la nivelul întregii populații. Dar care trebuie să fie conținutul acestora? O schemă simplă, pe înțelesul tuturor, o propune Fundația franceză de cardiologie. V-o prezentăm și dv., stimați cititori, preluând-o după revista „Presence”



TENSIUNEA ARTERIALA

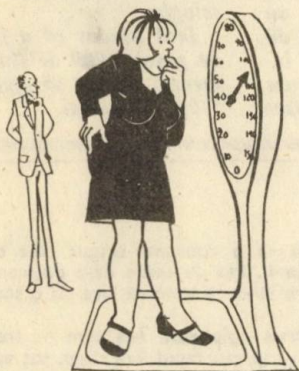
Valori
mai mici decit: 16/10



TUTUNUL

Atenție!
Tutunul
ucide.

6 țigări pe zi: risc x 2; 20 țigări pe zi: risc
x 3.



GREUTATEA

Greutate
maximă
teoretică:
tală în cm - 100.

Atenție: această noțiune trebuie să fie înțeleasă în funcție de fiecare caz în parte (vîrstă, activitate profesională, musculară).



SEDENTARISMUL

Exercițiul
fizic
este bun
pentru inimă.

Atenție: activitatea fizică trebuie să fie regulată, progresivă, controlată, proporțională cu capacitatea fizică a fiecăruia.

DE LA HIPOCRATE SE TRATEAZĂ DINȚII

Pînă la actualul tratament al danturii s-a parcurs un drum lung. Drept fondator al stomatologiei este considerat greul Hipocrate (460—370 î.e.n.), de altfel părintele medicinei. Principiul lui era: „Dacă în dinte există o carie sau acesta se mișcă trebuie extras. Dacă nu e stricat și nici nu se mișcă și totuși doare, trebuie ars (cauterizat)”. Cauza stricării dinților și măselelor era considerată de Hipocrate ca fiind slegma „care pătrunde pînă la rădăcină”. Împotriva mirosului neplăcut al gurii el recomandă un preparat... puțin obișnuit: dintr-o căpățînă de iepure, arșă, și trei șoareci, totul amestecat cu un vin aromatic! Ideea lui că dinții ce se mișcă trebuie să fie legați cu sîrmușe de aur sau argint alături de dinții sănătoși este oarecum utilizată și astăzi.

Un pas însemnat înainte l-a făcut romanul Celsus. El a încercat să salveze dinții bolnavi cu ajutorul diferitelor tratamente, în primul rînd cu comprese din făină și smochine. Dinții ascuțiți și cu carii sau cei colorați îi nivela cu ajutorul unei pile. Această metodă de tratament s-a menținut pînă în secolul al XIX-lea. Căutînd cauzele cariilor dentare, medicii stomatologi au ajuns, de multe ori, pe o pantă greșită. Astfel, romanul Scribonius, în anul 43 e.n., a încercat să strîpească cu ajutorul fumului „viermele” care, după el, stătea ascuns în spațiul dintre dinți.

În secolele al XV-lea și al XVI-lea „nemaipomenitele” metode s-au înmulțit ca ciupercile după ploaie. Împotriva durerilor de dinți se recomandă ca suferinzii să-i curețe cu sînge de broască țestoasă, apoi medicii prescriau afumarea dinților cu fum rezultat din semințe de cereale, ceapă și praz. În cazuri deosebit de grave s-a folosit rachiu, care trebuia ținut în gură, și care, în acea vreme, pare-se,



era cel mai eficient mijloc de tratament.

Fabricius din Aquapendeto, în jurul anului 1620, a fost primul care a tratat nervii dinților folosind o metodă care pentru noi astăzi pare zguduitoare. Dinții foarte stricați erau curățați cu cîteva picături de acid sulfuric, ce era picurat cu ajutorul unui tubuleț de argint. Apoi cavitatea dentară o cauteriza cu un fier încins și imediat o completa cu aur. Piatra de pe dinți o îndepărta cu ajutorul unor unelte fine, confecționate din argint. Cornelius van Solingen (1668) curăța dinții cariati cu ajutorul unei tije ascuțite, precursora actualei freze dentare.

În secolul al XVIII-lea a luat ființă „breașla de felceri stomatologi”, în special în Franța și Germania. Cei din Franța au abandonat vechile superstiții, au perfecționat uneltele și au încercat să trateze cariile dentare chiar la apariția lor. Au perfec-

ționat freza, la care puteau fi montate diferite ace. Fauchard, cel mai cunoscut reprezentant al lor, a întocmit un manual, care a însemnat o revoluție în tratamentul dentar. El a ajuns la concluzia că trebuie plombate cariile dentare — și cele mari și cele mici — ameliorarea durerii dinților neavînd nici un sens.

O altă etapă în dezvoltarea tratamentului dentar a constituit-o îmbunătățirea tehnicii. Astfel, profesorul Heister a introdus în anul 1750 o terapie bazată pe efectul antiseptic al uleiului de garoafe. Apoi, în anul 1870, americanul Morrison are meritul de a fi inventat freza ce putea fi manipulată cu piciorul, care, în sfîrșit, a permis tratarea în mod substanțial a cariilor. Cu tratamentul nervilor dinților s-au ocupat în special stomatologii germani, între care Adolf Witzel a dezvoltat tratamentul antiseptic al acestora.

La sfîrșitul secolului al XIX-lea și îndeosebi în secolul XX, în domeniul stomatologiei în cîțiva zeci de ani s-a făcut un progres uriaș, astfel încît s-a reușit să se trateze cu succes multe boli dentare. La acest progres putem menționa la satisfacție aportul adus și prestigiul de care se bucură pe plan intern și internațional școala medicală românească de stomatologie.

Iată așadar că a fost nevoie de peste 2 000 de ani ca tratamentul dentar să ajungă la nivelul de astăzi.

Proverb indian:

Mîncarea de dimineață să o consumi singur, cea de la prînz împarte-o cu prietenii, cea de seara dă-o dușmanului.

Hipocrate: Un om care vindecă oamenii face cît o sută de oameni.

De pe un vechi papirus egiptean: Așa cum nu trebuie încercat a trata ochii fără cap sau capul fără corp, tot așa nu trebuie îngrijit corpul fără suflet.

Socrate: Nepriceputule! Tu nu te preocupi de îngrijirea bolnavului ci îl ții o lecție, ca și cum acesta nu ar avea nevoie să se însănătoșască ci să devină la rîndul lui medic.

Platon: Omul nu moare, ci se omoară.

Seneca: Este foarte aproape de îmbolnăvire acela care se laudă cu sănătatea.

Paracelsus: O durere nouă te face s-o uiți pe cea veche.

MICUL ESCULAP



ABC-ul SĂNĂTĂȚII

Dimineața, la scolare,
Respirînd aer curat,
Fac mișcări de-nviorare
Și-mi simt corpul ușurat.

Ca în orice dimineață,
Către robinet mă-ndrept,
Cu-apă rece dau pe față
Și mă frec vîrtos pe piept.

Și oricînd, iarna sau vara,
Asta știu de la părinți,
Dimineața, ca și seara,
Zi de zi mă spăl pe dinți.

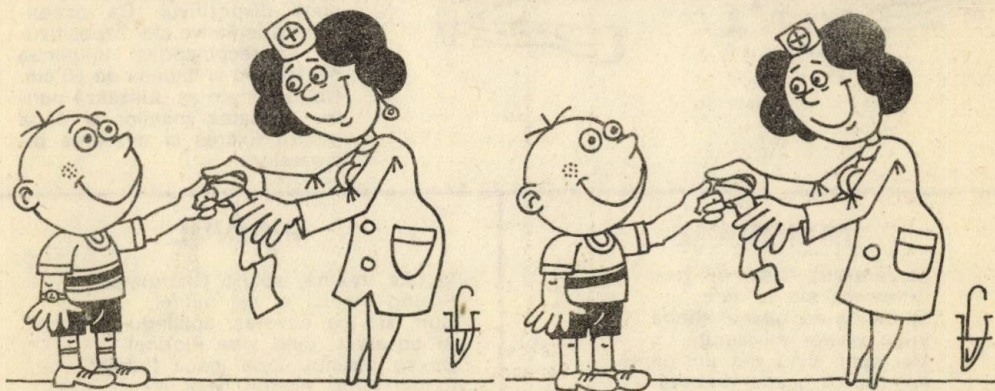
Nu uit să mă spăl pe mînă
Înainte de-a mânca,
Iar în orice săptămînă
Baia e plăcerea mea.

În probleme de-ale gurii,
Nu mîncîc ca să mă-ndop;
Iar în fața băuturii,
Orice-o fi, eu, îi spun „STOP”!

Un dușman temut, de moarte,
Eu vă spun, e în tutun.
Îi evit, chiar de departe
Și sînt teafăr, ca „un tun”!

Respectînd modul de viață
Care l-am expus mai sus,
Vei fi, dup-a mea povață,
Sănătos, bine dispus.

Dr. Nicolae ANDRONESCU



Puteți descoperi în 2 minute cele 10 mici deosebiri care există
între cele două desene?

Desene de Viorel SANDU

ÎNTREBĂRI MARI LA... GRUPA MICĂ

— Nenea doctoru'... unde se duce mîncări-mea cînd o scarpini?

— Bunicuțele, tu știi cît ține un tub cu pastă de dinți?

— Cît ține?

— De la canapea pînă la dulap!

— Citesc în ochii tăi că minți!

— Exagerezi tăticle, matala nu poți să citești fără ochelari!

— Bunicuțele, mă iubești?

— Cînd ești cuminte, te iubesc; cînd faci nebunii, nu!

— Eu te iubesc întotdeauna, fără pauză!

— Dacă o viespe se așează pe o urzică, cine înțeapă — viespea pe urzică sau urzica pe viespe?

— Ionuț, mîinile tale sînt foarte murdare! Ce-ai spune tu dacă eu m-aș așeza la masă cu

mîinile murdare?

— Păi... din politețe, m-aș face că nu observ!

— Pisicuța noastră o să aibă pisoi!

— A noastră nu face pisoi, pentru că este cotoi și bărbații nu clocesc!

— Ghiveciul acesta de flori are o găurică în fund. La ce folosește?

!— Eu cred că acolo i se pune termometrul, ca să i se ia temperatura!

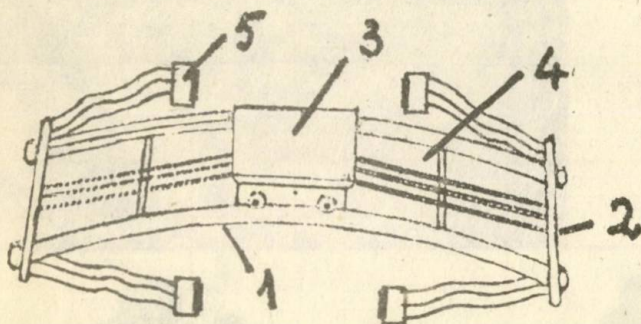
— Știi cum am ajuns eu la tine, mămico?

— Cum?

— Înainte de a mă naște, eu am umblat mult, mult de tot. M-am uitat prin toate inimile. A ta era cea mai bună. Și atunci, te-am ales pe tine!

**Auzite și notate de bunicul
Horia ȘERBĂNESCU**

SIMPLU ȘI EFICIENT



Pentru antrenament la domiciliu, pentru efectuarea unor exerciții ce necesită efort moderat, vă recomandăm să construiți dispozitivul alăturat.

Ca materiale aveți nevoie de două bucăți de cornier în profil T (1) și două transversale (2) pentru fixarea acestora la capete. Din patru roțile recuperate de la fotolii, jucării uzate etc. și un blat din lemn executatî căruciorul (3) care se fixează la mijlocul aparatului, prinzîndu-l de fiecare parte cu cîte trei elastice (4) de tipul celor utilizate la extensoare. Patru minere (5), prinse tot cu elastic, ca în figură, vor completa dispozitivul. Ca dimensiuni orientative ale dispozitivului vă recomandăm lungimea de 100 cm și lățimea de 60 cm. Două minere se utilizează pentru mișcarea mîinilor și două pentru fixarea și mișcarea picioarelor.

ÎNVIORARE

La fereastra mea, de pază,
Dimineața stă o rază,
Sărutîndu-mi geana stînga
Vraja viselor mi-alunga.
Mai apoi, cînd mă deșteaptă,
Îmi sărută geana dreaptă.
Atunci spun cu încîntare:
Bună dimineața, soare!
Și m-apuc de-nviorare.

Niculae TACHE

PISOIUL

Ia uite, mamă, spune Georgiana,
Privind pisoiul ei cel mititel,
Cum stă pe covoraș, spălîndu-și blana.
Ai observat, cînd vine Florinel
De pe terenul unde joacă fotbal?
E mai curat pisoiul decît el!
De s-ar spăla și el mereu, ca Paf,
N-ar mai veni atît de plin de praf!

Sanda UDROIU

ȘTAFETA

Valize. Termosuri. Mingi. Autobuz. Șosea. Vale. Munte. Brazi. Cum se numește muntele din stînga? Cum se numește muntele din dreapta? Cum se numește băiatul din spate care mănîncă vișine și ne aruncă simburii în cap?

Este Dan Mirică. Priviți și rețineți. Cine crede că tabăra e făcută pentru voi toți se înșală. Tabăra e făcută numai pentru Dan Mirică. Pentru el și numai pentru el a fost construită frumoasa clădire. Pentru el a fost închiriat autobuzul. Pentru el au fost aleși spre a organiza activitatea cei mai pricepuți și mai blînzi profesori. Restul elevilor sînt invitați aici cu scopul foarte precis de a-l distra pe Mirică, atît și nimic mai mult. Descilciți-vă respectuoși simburii din păr și grăbiți-vă să-i spuneți lui Mirică Dan că e foarte hazliu și foarte inteligent!

Am ajuns. Vila cochetă, sala de mese primitoare, clubul incîntător, dormitoarele strălucesc dar dormitorul nr. 4 va străluci mai puțin pentru că aici stă Mirică. Nu-ți alege patul ăsta, este al lui Dan-Mirică. Nici pe ăstălat, că este tot al lui. Da. Și cel de colo. Și toate. De ce? Fiindcă nu s-a hotărît. Și-a aruncat pe fiecare ba prosopul, ba niște ciorapi. Își mută de colo-colo valiza, valioara, rucsacul și geanta de umăr. Lăsați omul să ia o decizie. Pînă diseară mai e timp. Sau pînă mîine...

Dimineată. Vreme excelentă. Este la datorie echipa purtătorilor de politețe — ceva anume inventat pentru Mirică. Componentii ei au fost selectați dintre cei mai antrenați elevi.

În jurnalul taberei sînt consemnate isprăvile lor:

— Ghionoaie Paul a venit să-i cînte „deșteptarea” la ureche.

— Binecunoscutul campion de orientare turistică Bolete Ilie îi caută lui Mirică pantofii, cămașa și pantalonii în toate punctele cardinale.

— Mandache Sorin, locul 3 pe județ la înot, îl îndrumă pe Mirică spre spălător. Merge cam greu. Intervine și Purice Andrei, cap de coardă în echipa campioană la trasul frîngiei.

— Minuni de pricepere face și Haritonescu Eugen, cîștigătorul unui loc excelent la olimpiada de matematică; el are în sarcină să aranjeze cum se cuvine patul lui Mirică, de fapt paturile, fiindcă lîngă Mirică a rămas un pat liber pe care tot el l-a luat în stăpînire, răvășindu-l și acoperindu-l cu tot ce-a scos de prin numeroasele-i bagaje.

E bine, e ordine.

Fotbal. Plajă. Fluturi. Poze obișnuite. Poze color. Scrisori acasă. Mărgele de ghindă. Muzică. De ținut minte: nu trebuie să înscrîi mai multe goluri decît Mirică, nu trebuie să cînti mai bine decît el la ghiră — de fapt nici nu știe, așa că e mai cuminte să uiți și tu — nu trebuie să prinzi înaintea lui cel mai interesant fluture.

Toată tabăra are drept grijă principală să-l ocrotească pe Mirică. Echipa purtătoare de politețe s-a mărit cu noi și competenți asistenți.

La doi pași înaintea lui Mirică umblă Nelu Dobrițoiu, recitatorul. El are menirea să le adreseze, în numele lui Mirică, tuturor celor înțilniți, un calduros „buna ziua”, însoțit, după caz, de amabilul „ce mai faci, cutare?” sau de săritorul „cu ce pot să te ajut”.

În stînga și-n dreapta lui Mirică — George Niculiță și Mirel Popovici, cunoscuții jucători de tenis, veghează avînd rachetele pregătite pentru a opri din zbor conurile de brad, ambalajele de bomboane și alte obiecte pe care Mirică obișnuiește să le azvîrle pe neașteptate în te miri ce țîntă sau fără nici o țîntă.

La ariergardă rezistă eroic Iliuță Porumb, locul întîi la faza pe oraș a concursului de teatru, avînd misiunea de a interpreta în locul lui Mirică replicile „mulțumesc”, „vă rog” și „scuzați-mă”. El e mulțumit, ei sînt mulțumiți. Noi sîntem?

Totuși, în ciuda mării priceperi a fiecăruia, purtătorii de politețe ai lui Mirică au început să obosească. Cei care-l trezesc și care derectă în locul lui își prelungesc acum șederea în pat, iar cînd, în fine, pleacă, lasă și ei totul vraște. Cei care interpretează în numele lui Mirică replicile de politețe au răgușit. Pentru a-și menaja probabil vocea, renunță să mai spună „bună ziua”, „vă rog” sau „mulțumesc”, atunci cînd ei înșiși au nevoie de aceste cuvinte. Tenismenii s-au zăpăcit într-atît încît confundă paharele din plastic pentru înghețată cu mingea și sala de mese cu terenul de tenis...

Armonia tabloului s-a cam stricat, nu credeți? Pînă și Mirică e nelineștit: îi plăcea viața asta liniștită.

Dar lucrurile nu s-au oprit aici. Vă amintiți, desigur, că în dormitorul nr. 4, mai precis chiar lîngă Dan Mirică, rămăsese un pat liber.

Ei bine, intrînd în încăpere pentru odihna de după amiază, a avut senzația că se vede brusc într-o oglindă. Un voinic de vîrstă lui și rînjind cu niște dinți cît semințele de bostan pusesse stăpînire pe tot. Era Hamei Ilie, care, nu se știe de ce, sosise cu patru zile întîrziere în tabără. Sau poate că sosise de la început dar Mirică nu-l observase? Noul venit, aruncînd lucrurile lui Mirică pe unde apucase, se tolănea de-a curmezișul aceluia pat, cu picioarele nedescălțate întinse comod pe alburile imaculate ale așternutului lui Mirică.

Uluit de atîta proastă creștere, lui Mirică era să-i scape din mînă bunătatea de brînzoaica pe care și-o adusese din sala de mese ca s-o

consume boierește în pat.

— Cine ești tu?

În loc de răspuns, Hamei a azvîrlit visător cu perna în el.

— De ce mi-ai împrăștiat lucrurile? Puteai să mi le așezi în ordine pe pat, a insistat Mirică.

Drept răspuns, Hamei a întins o mînă lungă și i-a presărat în cap cojile de semințe de floarea soarelui pe care ronțăindu-le într-una nu se mai ostenea să și vorbească.

— Ești îngrozitor! a tipat Mirică Dan. Să-ți ceri imediat scuze! Și să faci numai de cîră curățenie! la picioarele de pe patul meu!

Dar Hamei i-a luat numai brînzoaica din mînă, înfîgîndu-și cu poftă dinții în miezul dulce.

— Asta-i culmea! Puteai să mi-o ceri, nu crezi? Acum măcar mulțumește-mi!

— Ce să faaac?! a exclamat Hamei cu o expresie uluită de parcă i s-ar fi cerut să taie lemne cu o macaroană.

— Să-mi mulțumești! Nu ți se întîmplă niciodată?

Intuise adevărul. Lui Hamei nu i se întîmplase prea des să mulțumească. De altfel, vocabularul său activ nu cuprindea acest cuvînt. Poate că renunțase la el pîrîndu-i-se prea lung: trei silabe. Efort mare! Hamei se obișnuise să utilizeze un vocabular redus la minimum necesar (pentru el, nu pentru alții) alcătuit din cuvinte și expresii foarte scurte: „Bâl”, „Vreau!”, „Nu vreau!”, „Cară-te!” și alte cîteva pe care vi le puteți lesne imagina. Așa gîndea, deci așa vorbea. Lui Mirică nu-i veni să creadă: acest tip părea convins și el că tabăra îi aparține exclusiv și că toți trebuie să se dea peste cap pentru a-i fi pe plac.

Dezorientat, Dan Mirică a cerut urgent ajutor experimentaților purtători de politete:

— Vă rog să-l luați în primire, e de jale, eu cu asta nu pot sta sub același acoperiș! Lăsați-mă pe mine și ocupați-vă repede de el!

Dar virtuozii, după cum știți, erau la capătul puterilor. Își cheltuiseră toată energia cu Mirică. Nu mai aveau chef să miște un deget. Mirică era singur-singurel în fața pericolului.

ursului. Concurs de epigrame. Concurs de atletism. Concurs de clătite.

Toată lumea se distrează numai Mirică nu se distrează. Lui i-a plăcut foarte mult cum a fost tabăra pînă acum și nu vrea cu nici un preț ca atmosfera să se schimbe. N-are nici o alternativă. În loc să se distreze, stă cu ochii țintă și urechile ciulite pe Hamei și la relațiile acestuia cu lumea înconjurătoare. A devenit, la nevoie și din proprie inițiativă, purtător de politete al lui Hamei. Strigă sonor și amabil „Bună ziua”, „Vă rog” și „Mulțumesc” în locul lui Hamei. Interceptează ghiulelele și conurile de brad cu care Hamei azvîrle în dreapta și-n stînga. E gata să ia măsuri atunci cînd Hamei se pregătește să-i pună cuiva piedică. Debitază iute cite o povestioară simpatcă pentru a acoperi vocea lui Hamei cînd acesta emite vreo necuviință. Îl trage dimineața din pat și-l împinge la spălător. Deretică după el și scrie ca din partea lui cite o ilustrată pîrînților care altminteri zadarnic ar aștepta astfel de atenții din partea lui Hamei. Hamei o duce splendid.

...Dar a mai apărut un întîrziat: Moceanu Ti-beriu. La mai puțin de o jumătate de zi după sosirea lui, trei geamuri erau tîndări, pisica taberei vopsită maro cu dungi roșii și dormitorul 4 răvășit de parcă-l cutreierase un tornado.

Mirică a simțit îndată că ceva nu este în regulă, dar nu mai avea putere să intervină. Hamei a simțit și el totul și-n plus cubulețul de gheață din frigider pe care Moceanu, făcînd mare haz, i l-a strecurat furîș sub gulerul cămășii. Hamei și-a dat seama cu tristețe că din liniștea lui s-ar putea să se aleagă praful. A apelat la purtătorul său de politete, Mirică: să-l ia în primire pe noul venit, dar Mirică, în așteptarea partidei cu Niculiță care-i promisesse că-l învață tenis, repetă o scenetă cu Iliuță Porumb. Hamei și-a dat seama că n-are de ales. Oftînd, s-a plasat lîngă Moceanu și a rostit în numele acestuia cea mai lungă frază din cariera sa: „Bună ziua, vă rog să mă scuzați, pun imediat totul în ordine, aș vrea să fim prieteni”.

Ștafeta continuă! Cine urmează?

Ovidiu ZOTTA

BOBIȚĂ SANITAR

Ursulețul meu, Bobiță,
Avea undeva un dor,
Că de cum îl luam în brațe,
Se și plîngea: Mor! Mor! Mor!

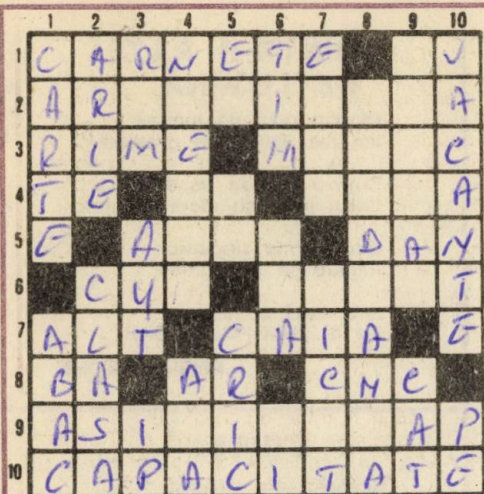
Crezînd că-i bolnav, săracul,
Eu l-am dus la dispensar.
Medicul, la consultație,
M-a trimis ca să-l repar.

Și fiindcă mai avea pete,
L-am făcut întîi un duș
Și-am plecat apoi cu dînsul
La un „doctor”... de păpuși.

„Doctorul”... nu prea știu bine
Ce i-a făcut pentru dor,
C-a-nceput să strige: Ma... ma!
În loc să mai zică: Mor!

Eu văzînd că-i umblă mintea,
Că-i isteț la doctorii,
L-am numit de-acum să fie
Sanitar... la jucării!

Nicolae MEIANU



CA LA ȘCOALĂ

ORIZONTAL: 1) Oglinda clasei la învățatură — Seve! 2) Primii pași în matematică. 3) Su-

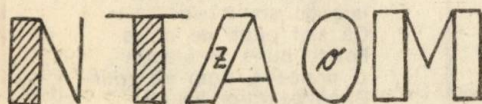
nete potrivite, la română — Când nu știi lecția și nu te ascultă. 4) La sfârșitul de noapte! — Exprimarea unui dezacord — Unitate de... vint. 5) Nu crede în forțe supranaturale — Căpitanul de plai al lui Alecsandri. 6) Se scoate pe el însuși într-un proverb — lute. 7) Diferit de acesta — Cui pentru potcoave. 8) Dovește altă părere — Măsoară suprafețele — Constelația Cancer (abr.). 9) Se face la plante cu ajutorul clorofilei(pl.). 10) Bacalaureatul de altădată.

VERTICAL: 1) O ai, ai parte — Strămoșul calculatorului. 2) Suprafață geometrică — Diviziune a școlii. 3) Capitol (inv.) — În afară de joc — Ion Popescu. 4) Cum sint elevii silitori la lecție — A iubi (inv.). 5) Culme! — Urme pe marginii! — Aparat de ridicat. 6) Cîntăreț legendar cretan — Comunicare cu exteriorul unei camere — Primele elemente de limbă! 7) Pseudonim al lui George Topîrceanu — Un examen netrecut. 8) Împrăștié raze (fem.). 9) Subiectul învățaturii — Rezultat prin împărțire. 10) Pauză la învățatură — Existente la periferie!

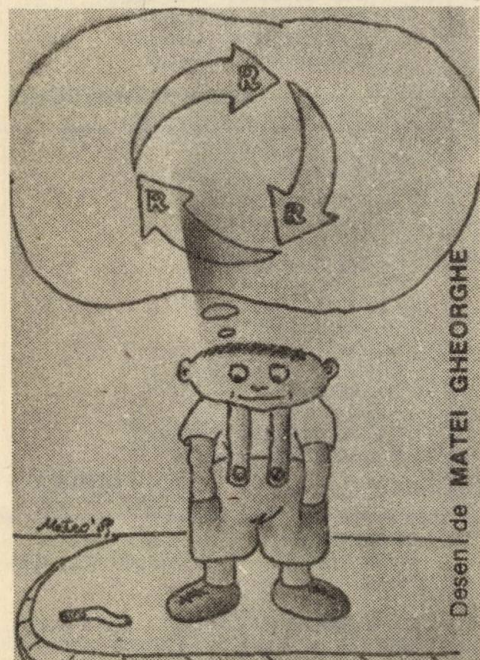
DICTIONAR: CNC, TIM, AMA, OEN, GTOP

Petru AI. VASILESCU

MEDIC ROMÂN (Triverb: 11, 2, 4)



Denisa ABRUDAN



Desen de MATEI GHEORGHE

(Premiul publicului la prima Bialnă de caricaturi cu tematică educativ-sanitară, Brăila, iunie 1989)

SĂ NE CUNOAȘTEM CORPUL

NOI ȘINTEM DINȚII

• Sintem partea cea mai tare a corpului.

• Sintem prima parte ce contribuie la procesul de digestie. Mestecăm hrana și o facem mai ușor de înghițit.

• Jucăm un rol important și în vorbire. Foarte multe sunete se rostesc cu ajutorul nostru.

• Primii dinți, numiți și „dinți de lapte”, cresc începînd cu vîrsta de 6—8 luni și sint în număr de 20. După vîrsta de 6 ani aceștia încep să cadă și sint înlocuiți de 32 de dinți definitiv.

• Cînd creșteți mari, aveți patru feluri de dinți: Dinții din față (4 sus și 4 jos) sint numiți INCISIVI. Aceștia au muchii ascuțite și tăioase cu care mușcați hrana. Urmează CANINII (2 sus și 2 jos), care sint ascuțiți și cu care mușcați și rupeți hrana. După canini vin opt PREMOLARI (4 sus, 4 jos) și 12 măsele (MOLARI) cu care mestecați hrana.

• Sintem acoperiți cu smalt, o substanță tare care ne protejează. Dacă nu sintem spălați după fiecare masă, resturile de mîncare formează un acid care atacă smaltul. Din această cauză apar cariile, care trebuie tratate la dentist.

— Ce vrei să te faci cînd vei fi mare?

Micul Gîgel răspunde:

— Dacă voi fi tanti, mă fac doctořiță. Dacă voi fi nene, atunci mă fac inginer.

— Proaste note mi-ai adus azi, zise tatăl,
privind carnetul de note al lui Gică. Urîte foc!
— Cum se poate, zise copilul, că doar dom-
nul profesor cînd mi le-a pus, mi-a zis: Uite, îţi
dau un 4 şi un 3... de toată frumuseţea.

Victor HILMU

MOTIVAȚIE

Cristinica,
în excursie cu bunica,
Număra cai albi pe geam.
(Ghidul ne-nvăţase jocul
Iar noi, bată-ne norocul,
Îl jucam plini de elan!)
— De ce-s albi? Care-i pricina?
Întreabă, tare, Cristina
Şi bunicul dă din umeri.
— Taci, continuă să numeri!
— De ce-s albi? a repetat.
Dar văzînd un minz pătat,
Cristina s-a luminat
Şi-a spus: Ştiu eu, dragi bunici!
... Fiindcă... s-au spălat de mici!

Sanda UDROIU

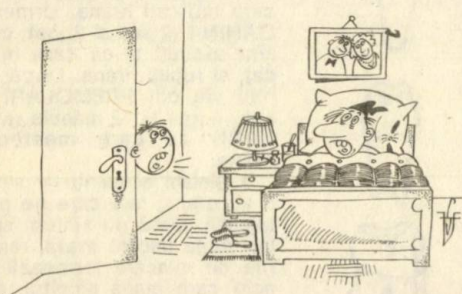
Tăticule, cînd berzele se duc
Copiii cine-i mai aduc?
L-a lămurit frăţiorul:
Îi trimite cu vaporul!

Margareta BARNA

RUGĂMINTE

Cine vrea să mă-nveţe spălatul pe dinţi
Să aducă, îl rog, o oglindă de la părinţi.
O oglindă mare în care să-ncăpem şi eu şi el
Din cap — cu ochi, urechi şi dinţi — pînă-n picioare
Fiindcă noi, copiii, ciţi om fi fost sub soare
N-am învăţat nici cînd, nimic altfel
decît după model.

Eugenia GROSU-POPESCU



— Tată, a venit doctorul!
— Spune-i că nu pot să-l primesc. Sint grav
bolnav!

Desen de Viorel SANDU

DINTR-O RAZĂ DE LUMINĂ

Dintr-o rază de lumină
Îmi fac leagăn în grădina.

Dintr-o blondă păpădie
Cerul meu cu stele-o mie.

Din rochiţa rîndunicii
Pahare să bea piticii

Limonadă şi nectar
De la MINI-POLEN-BAR.

Niculae TACHE

CIREŞAR

Cireşelul din grădina
Are soare şi lumină.
Iar cînd ploaia se porneşte,
Frunzele îşi răcoreşte,
Crengile-şi înviorează,
Fructele-şi îmbujorează.
Astrul zilei le socoate
Că le-a copt destul pe toate.
Ce gustoase-s, ştie oricine
Că conţin şi vitamine.
Iară eu am înţeles
Că sînt bune de cules.
Foarte bune, o s-adun
O grămadă, cum vă spun.
După ce m-oi sătura,
Am să-mi pun vreo citeva,
Dup-un obicei mai vechi,
Două-trei şi la urechi,
C-aşa scrie-n calendar
C-asta-i luna Cireşar.

Elena DOBRESCU

DIALOG

— Mergi la doctor?
— Merg la doctor!
— Nu ţi-e frică?
— Nu mi-e frică!
Ce, sînt mică?
Patru ani am!
— Patru ani?
— Da, sînt mare,
Şi-aşa o fetiţă, oare,
De mirare-i
Dacă ştie
Ca nea doctorul, oricare,
E prieten cu copiii?

Ion ȚARLEA

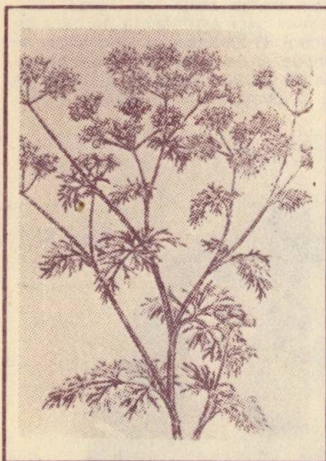
DEZLEGĂRI

Medic român: CANTACUZINO, OM
MARE

Ca la şcoală: CATALOG — SV • ARIT-
METICA • RIME — NOROC • TE —
NU — PALA • E — ATEU — DAN •
CUI — SPIRT • ALT — CAIA — A •
BA — AR — CNC • ASIMILAȚII • CA-
PACITATE.

AROMATERAPIA

Unele plante medicinale conțin uleiuri volatile aromate, substanțe active cu o deosebită valoare terapeutică, astăzi dezvoltându-se o ramură a fitoterapiei, numită **aromaterapia**, care se ocupă cu utilizarea terapeutică a uleiurilor volatile.



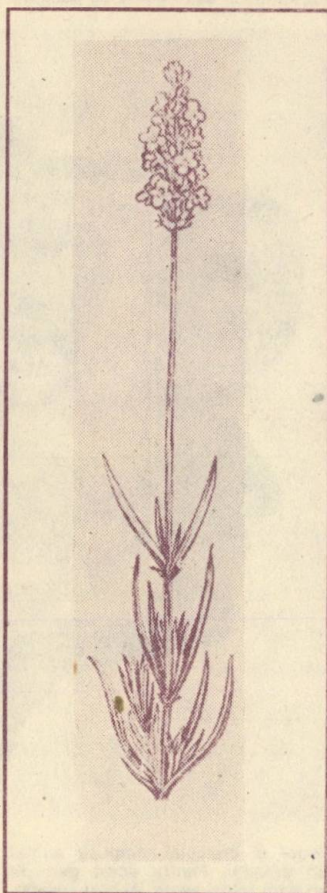
Principala acțiune terapeutică a acestor uleiuri este cea antibacteriană; unii alcoolii alifatici (geraniol, citronelol), cetone (mentona) sau fenoli (timol, carvacrol, eugenol) au un spectru larg,



inhibind dezvoltarea speciilor *Escherichia coli* sau *Staphylococcus aureus* și a unor fungi din genurile *Aspergillus*, *Peni-*

cillium, *Trichoderma*. Uleiul volatil de cimbru (*Aetheroleum Thymi vulgaris*), de exemplu, este de trei ori mai activ decât fenolul, antiseptic recunoscut, cu o putere bactericidă deosebită; și alte uleiuri volatile au o valoare apropiată.

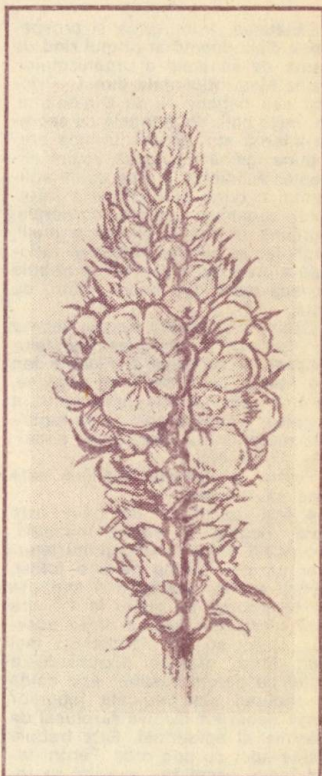
În nomenclatorul PLAFAR au fost introduse în scopuri terapeutice câteva dintre cele mai importante uleiuri volatile:



• **ULEIURILE VOLATILE DE CONIFERE** (*Aetheroleum Abietii*, *Pini Montani*, *Piceae*) cu efecte antiinflamatoare și antiseptice asupra căilor respiratorii (5-6 picături pe zahăr, de 3-4 ori pe zi, și în inhalatii). În uz extern, cu 2-4 g dintr-un amestec de ulei volatil cu alcool pune în

apa de baie se obțin rezultate bune în afecțiunile dermatologice.

• **ULEIUL DE LEVÂNTICĂ** (*Aetheroleum Lavandulae*) este un sedativ activ în stări de iritabilitate, spasme, astenii, insomnii, migrene, vertij, folosit fie intern (2-5 picături, de 2-3 ori pe zi), fie în băi (util și în eczeme cronice, acnee).



• **ULEIURILE DE CORIANDRU ȘI FENICUL** (*Aetheroleum Coriandri* et *Foeniculi*) au efecte carminative și stomachice în meteorism, aerofagie, digestie lentă (3-5 picături, de 3 ori pe zi, după mese).

• **ULEIUL DE MENTĂ** (*Aetheroleum Menthae*) este, în primul rând, un tonic general, inclusiv tonic nervin, stomachic, stimulent al funcției hepatice (5-15 picături pe zi, în mai multe prize). În uz extern se fac inhalatii în afecțiuni respiratorii și masaj la temple pentru migrene.

• **ULEIURILE DE CIMBRU ȘI IENUPĂR** (*Aetheroleum Thymi* et *Juniperi*) sînt antiseptice, cu efecte deosebite în infecții digestive, respiratorii, urinare (10-15 picături, de 2-3 ori pe zi).

Trustul PLAFAR

COSMETICĂ LA DOMICILIU

Sănătatea, frumusețea și prospețimea pielii depind în primul rând de starea de sănătate a organismului, pielea fiind influențată direct — pozitiv sau negativ — de alimentație, de unele boli, de glandele cu secreție internă etc. Un ten frumos presupune igienă riguroasă, regim alimentar echilibrat, ore de somn suficiente, o bună funcționare a întregului organism. Igiena corporală, îngrijirea atentă și zilnică a pielii, unghiilor și părului, folosirea rațională a produselor cosmetice trebuie să facă parte din modul nostru de viață.

Calitatea și finețea tenului depind de numărul și mărimea glandelor sebacee și sudoripare. Fiecare ten are nevoie de o serie de produse, care se folosesc diferențiat pentru a degresa, a strânge porii, a da tonicitate mușchilor, a hidrata sau a catifelela pielea etc.

Pentru o corectă îngrijire este bine să reținem:

- Apa obișnuită de băut este dură, bogată în săruri minerale, provocând iritații și mîncărimi tenurilor uscate. Înainte de a o folosi, pentru spălat, adăugăm o linguriță de bicarbonat de sodiu la 1 l apă care clocotește sau, în lipsa acestuia, lăsăm apa să clocotească mai mult timp, sărurile depunându-se astfel pe pereții vasului. Apa caldă și săpunul sînt indicate tenurilor grase deoarece dizolvă surplusul de grăsime al epidermei. Fața trebuie clătită apoi cu apă rece. Pentru tenul foarte uscat sau sensibil se recomandă apa caldă. Deoarece pune singele în mișcare, biciuește pielea, înviează nervii și tonifică mușchii feței, apa rece priște tenului uscat sau normal.

- Tenul poate fi uscat din lipsă de grăsime (ten alipic) sau din cauza lipsei de apă (ten deshidratat). În general tenul uscat nu suportă apa caldă și săpunul, loțiunile alcoolice, dînd senzația de piele „care trage”. Tenul uscat din lipsă de grăsime trebuie îngrijit atent. Seara se folosește un demachiant gras, care se menține pe față 5 minute, apoi se îndepărtează ștergîndu-se cu cîteva tamponare de vată. După ce a fost bine curățat, se aplică o cremă grasă, care se menține 1/2—1 oră, se șterge obrazul cu vată și se clătește cu apă rece. Pentru că pielea trebuie să respire pe ușurință, crema nu se va lăsa niciodată pe față în timpul nopții. Dimineața obrazul se spală cu apă rece, fără săpun, și se unge cu o cremă grasă. Surplusul de cremă se

șterge, putîndu-se aplica pudră. Se recomandă ca o dată la 10 zile să se aplice, pe obrazul bine curățat, o mască pe care o preparăm dintr-un gălbenuș de ou freat cu untdelemn cald. După 20—30 minute obrazul se spală cu apă caldă, clătindu-se cu apă rece. Gîtul va fi îngrijit la fel. Tenul deshidratat nu suportă săpunul, loțiunile astringente pe bază de

sul se șterge cu vată și se aplică un strat fin de pudră. La 8—10 zile se aplică, pe tenul bine curățat, cîteva comprese muiate în apă caldă, apoi se întinde o mască preparată dintr-o linguriță de caimac de lapte amestecat cu o linguriță de miere de albine. După 20—30 minute se spală obrazul cu ceai de mușetel cald și se clătește cu ceai rece. Celor cu ten deshidratat li se recomandă să bea între mese două pahare cu apă. Aceleași îngrijiri se aplică și gîtului.

- Tenul gras trebuie spălat de două ori pe zi — dimineața și seara — cu săpun și apă caldă la care s-a adăugat puțin bicarbonat de sodiu. Vom șterge zilnic tenul gras cu o loțiune ușor astringentă pe bază de alcool. O loțiune ușor de realizat se obține amestecînd bine 1/2 l alcool de 96 grade, zeama de la 1/2 lămîie și 3 albușuri bătute spumă. Loțiune



alcool și cremele compuse numai din grăsimi. Pentru acest gen de ten vom folosi seara, pentru curățat, tamponare înmuiate în lapte fierț cu care umezim pielea, repetînd operația după 3—4 minute. Ștergem fața cu vată, clătim cu apă rece și aplicăm o cremă grasă pe care o menținem 1/2—1 oră, înlăturînd-o prin ștergere cu vată și clătire cu apă rece. Dimineața obrazul se spală cu apă rece, fără săpun, după care se aplică o cremă grasă de zi. Surplu-

nea se păstrează în sticle bine închise și la loc răcoros.

Mască degresantă se aplică la 8—10 zile. După o baie de aburi cu mușetel, se aplică pe ten o mască preparată dintr-un albuș de ou bătut, caruia i se adaugă cîteva picături de zeamă de lămîie sau o linguriță de suc de fructe. Se menține 20—30 de minute, după care se înlătură prin spălare cu apă rece. Cremele sau emulsiile grase sînt contraindicate.



S. POPA

RELĂȚIILE DINTRE PĂRINȚI ȘI COPII

Odată cu intrarea masivă a femeilor în procesul muncii productive, fenomen caracteristic ultimelor decenii, s-a produs o mutație importantă în mentalitatea și felul de a fi și de a gândi al femeilor — soții și mame. Tatăl nu mai reprezintă centrul autorității, soția, mama participând în egală măsură la susținerea și întreținerea familiei. Ea nu mai teazaurizează în exclusivitate disponibilul afectiv. Ambii părinți împart, deși în proporții variabile, răspunderea, afecțiunea și griile pentru familie și copii, ambii decid în marile probleme de care depinde destinul fiecăruia din membrii familiei.

De aici rezultă un nou sistem de relații nu numai între adulți,

între soți și deci între părinți, dar și între aceștia și copii. Copiii învață mai de timpuriu răspunderea pentru actele lor bune sau rele, pentru conduita lor, și, mai ales, deprind curajul de a declara și micile lor necazuri legate îndeosebi de viața de școlar.

Părinții cu experiență știu cât de importantă este dorința copilului de a împărtăși părinților bucuriile dar mai ales nereușitele lor, în speranța găsirii unei soluții salvatoare. Dar sînt și părinți care, datorită unei greșite înțelegeri a autorității, nu reprezintă pentru propriii lor copii sfătuitori calmi și calzi, înarmați cu răbdare și care știu să asculte. Nici un eveniment din viața copilului nu este lipsit de semnificație. Desigur, nu trebuie tolerată neglijența, superficialitatea, apatia sau „ieșirile” copiilor noștri, fie ei mici sau mari.

Lumea e în schimbare. În schimbare sînt și unele din relațiile adult-copil. Autoritarismul, distanța afectivă sau atitudinea tutelară sînt astăzi depășite și în teorie și în practica educativă. Dimpotrivă, deschiderea, sinceritatea,

cunoașterea și rezolvarea în comun a tuturor problemelor familiei, a fiecărui membru în parte fac ca „rezolvarea de probleme” în familie să se realizeze uzual și eficace.

Fără îndoială, democratizarea relațiilor dintre părinți și copii, deschiderea unora față de alții în toate problemele vieții nu estompează cu nimic respectul pe care copiii urmează să-l poarte părinților lor și de acum înainte. Dar tot atât de adevărat este că și părinții trebuie să respecte personalitatea în formare a copiilor lor. Și acest respect se manifestă cel mai pregnant în unitatea dintre cuvînt și faptă, în coeficientul de onestitate pe care copiii îl observă încă de la o vîrstă fragedă în comportamentul părinților lor și-l apreciază ca atare.

Pregătirea pentru viața adultă este obiectivul central al efortului pe care părinții îl fac pentru copiii lor. În esență, această pregătire constă în socializarea copilului, în formarea unor aptitudini necesare parcurgerii cu succes a etapelor pe care le presupune procesul instructiv-educativ și însușirea unei meserii. Dar această pregătire mai înseamnă înzestrarea copilului, tinărului, cu acele însușiri care să-i confere puțința unei bune adaptări în familie, în profesie, în societate — generozitate, sollicitudine, interes pentru ceilalți.

Dacă astăzi profesiile se schimbă din temelii, sînt puse sub semnul perfecționării continue, ceea ce trebuie să urmărească părinții în primul rînd este formarea unei atitudini favorabile activității, indiferent care ar fi ea. Și aceasta începe cu primii ani ai vieții, lăsînd copilul să întrebe, să se joace „de-a meseriile” și chiar să facă ceva fără a strica sau fără a se accidenta.

Părinții trebuie să evite în anumite momente trecătoare asocierile — nefirească de altfel — dintre muncă și oboseală, căci numai așa copiii lor vor iubi munca, fie ea școlară sau de altă natură, singura care le dă marea satisfacție a lucrului făcut cu mîna și cu mintea lor.

Evitarea conflictelor, a reproșurilor, a amenințării și a tensiunilor sînt reguli pe care, respectîndu-le, părinții pot fi siguri că au creat un climat familial bazat pe încredere, afecțiune și apreciere reciprocă pentru copiii lor, climat necesar activității și dispoziției de a lucra, pentru care aceștia le vor fi recunoscători și, la rîndul lor, promovîndu-l ulteior ca adulți.

Psiholog Lucia PIETRARU

● Cel mai mic bărbat a cărui talie a fost măsurată sub control medical a fost CALVIN PHILIPS, născut în anul 1791 la Massachusetts. El cântărea 900 g la naștere și a încetat să mai crească de la vârsta de cinci ani. La 19 ani măsura 67 cm și cântărea 5,500 kg.

● Cea mai mică ființă umană a fost PAULINE MUSTERS, o pitică olandeză (1876—1895). Ea măsura 30 cm la naștere, la 9 ani cântărea 1,500 kg având 55 cm înălțime. Când a murit (la 19 ani) avea 59 de centimetri și o greutate de circa 4 kg.

● Cel mai gras om a fost ROBERT HUGHES, născut în anul 1920 (Illinois — SUA). La naștere el a cântărit 5,100 kg. La 6 ani avea o greutate de 92 kg, la 10 ani 171 kg, la 13 ani 248 kg, la 18 ani 314 kg, la 25 de ani 406 kg și 420,500 kg la 27 ani. Greutatea lui record a fost de 485 kg, când a murit, în anul 1958. Înălțimea era de 1,84 m.

● Cea mai grasă femeie a fost

RECORDURI

PERCY P. WASHINGTON, care la 46 de ani a cântărit 399 kg.

● Pierderea cea mai mare în greutate a realizat-o WILLIAM J. COBB, luptător profesionist (născut în 1926), care a pierdut în trei ani 258 kg.

● Cei mai grași gemeni s-au născut la 6 decembrie 1884 în Anglia; la naștere cei doi băieți au cântărit 7,940 și 8,160 kg.

Urmare din pag. 42

apare cu o frecvență de 30 de cazuri la 1000 000 de locuitori, procent ce crește cu vîrsta, fiind mai frecvent peste 65 de ani. Se deosebesc două tipuri de AIT, în raport cu apariția lui în domeniul sistemului vascular: cerebral-carotidian sau vertebro-bazilar, prezentînd semne clinice caracteristice.

— Prezențați-le, vă rog.

— În sistemul carotidian instalarea bruscă a fenomenelor se poate prezenta sub forma unui deficit motor, cel mai adesea o hemiplegie de partea opusă a leziunii, alături cu tulburări de sensibilitate la jumătatea opusă a corpului și feței (hemihipoestezie sau anestezie); tulburările de vorbire cu caracter afazic apar cînd atacul ischemic este în domeniul arterei carotide stîngi (la dreptaci ariile importante pentru funcția timbrului sînt situate în stînga, invers pentru stîngaci); pot apare, de asemenea, tulburări vizuale: o pierdere unilaterală a vederii (cecitate unilaterală prin obstrucția arterei oftalmice, ram din artera carotidă) sau o hemianopsie (pierderea vederii la ambii ochi în jumătatea cîmpului vizual de partea opusă leziunii). În sistemul vertebro-bazilar simptomatologia este mai polimorfă, dat fiind densitatea și varietatea structurilor trunchiului cerebral vascularizat de acest sistem arterial. Astfel, apar cel mai frecvent tulburări vestibulare cu vertij (care se accentuează la schimbarea de poziție a capului) și tulburări de echilibru. Nistagmusul (mișcări oscilatorii, ritmice ale globilor oculari) are intensitate medie și poate fi multidirecțional. Tulburările auditive apar sub formă de vîjiituri, tîuituri, hipoacuzie cu caracter tranzitoriu. Cefaleea, simptom frecvent înțilnit, are sediul occipital. Ca tulburări motorii pot apare hemipareze trecătoare, deseori alterne. Uneori bolnavul prezintă o derobare bruscă a membrilor inferioare (drop attacks) cu cădere fără pierderea conștiinței, la care se pot asocia micțiuni și defecație imperioase. Fenomenele cerebeloase pot fi uni sau bilaterale însoțindu-se de tulburări de vorbire caracteristice (dizartrie). Se pot înțilni, de asemenea, pareze ale nervilor oculomotori cu diplopie (vedere dublă) și limitarea mișcărilor aso-

ciate, ca și tulburări de vedere cu hemianopsie sau chiar cecitate bilaterală.

— Care sînt cauzele care provoacă atacul ischemic tranzitoriu?

— Cauzele care provoacă un AIT sînt în primul rînd legate de ateroscleroza cerebrală (60—80 la sută), leziunile ateromatoase avînd sediul la originea arterei carotide interne sau a vertebralei, cu strîmtoarea lumenului vascular, și care pot constitui punctul de plecare al unei embolii cu tulburări hemodinamice în teritoriul respectiv. Al doilea factor în etiologie, cu un procent de 10—15 la sută, îl reprezintă cardiopatiile (valvulopatii reumatismale, endocarditele infecțioase, protezele valvulare, infarctul miocardic recent, fibrilația atrială și prolapsul valvei mitrale). Există, de asemenea, un procentaj de 10 la sută de cauze rare, cum ar fi malformațiile vasculare, trombozele venoase cerebrale, vasculopatiile etc. Diagnosticul de AIT este în primul rînd bazat pe istoric, modul cum s-au instalat fenomenele și caracterul tranzitoriu. Important este să precizăm sediul leziunii arteriale și aceasta se face astăzi cu precizie, utilizînd, în afara arteriografiei, folositoare mai ales pentru indicațiile chirurgicale, o serie de investigații moderne, cum sînt ecoangiografia și tomoangiografia cerebrală.

— Ce puteți spune despre tratament?

— În privința tratamentului, sînt două conduite importante: medicală și chirurgicală. Cea medicală constă în administrarea de vasodilatatoare (Xantinol, D.H. Ergotoxină, Papaverină, Dusodril, Stugeron), antiagregante plachetare (Persantin, Dipyridamol, Aspirină). În cel chirurgical se efectuează endarterectomia, în cazurile de stenoze strîmte, cu lărgirea lumenului vascular și restabilirea unei circulații normale. Importantă este profilaxia AIT, prin combaterea factorilor de risc (ateroscleroza, cardiopatiile, diabetul, dislipidemiile, diverse arteropatii, consumul de alcool sau cafea, fumatul), evitarea traumelor psihice și respectarea regimului alimentar și de viață corespunzător. Pentru AIT în sistemul vertebro-bazilar se va avea în vedere și tratamentul cervicartrozei, factor frecvent înțilnit în producerea tulburărilor circulatorii, alături de ateroscleroză.

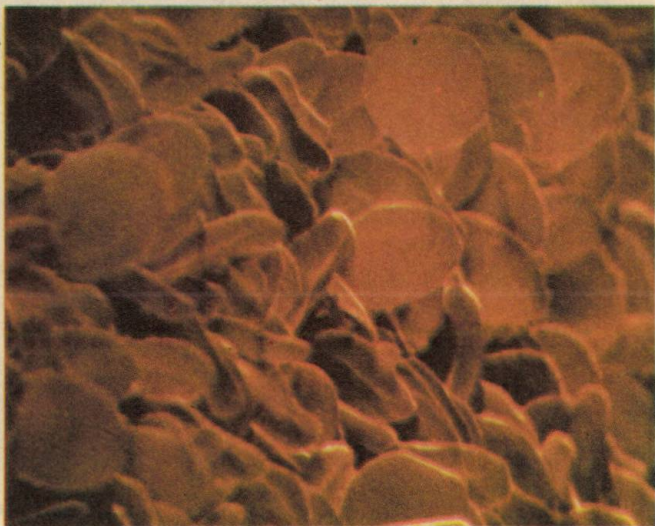
SPECTACULOASA LUME A MICROSCOPULUI

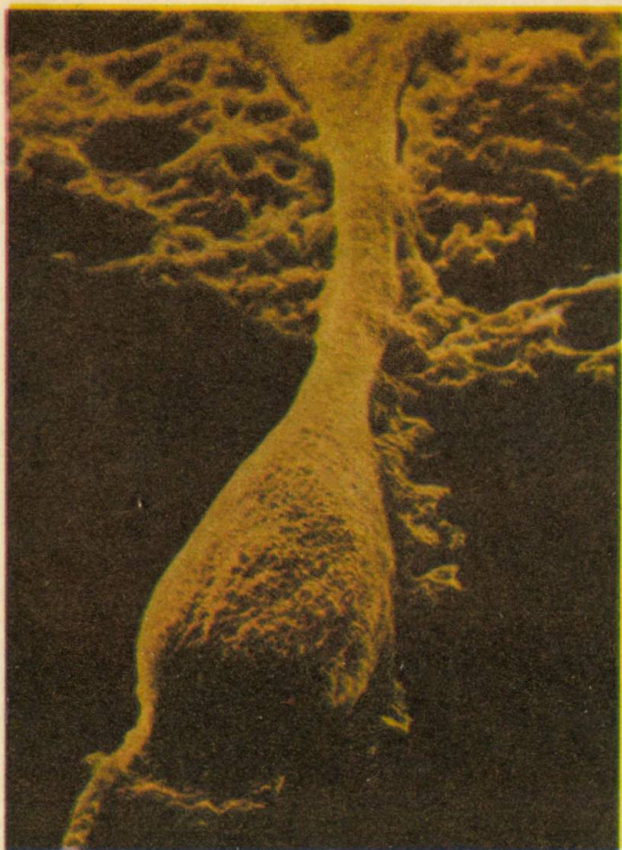
În Almanahul revistei „Sănătatea” — 1989, publicam prima serie de 12 fotografii făcute la microscop care ne dădeau posibilitatea să cunoaștem câteva dintre cele mai intime aspecte din interiorul organismului uman. Unele, mărite doar de câteva ori, altele de zeci de mii de ori. Reproducem în aceste pagini alte 8 dintre cele mai spectaculoase imagini din organismul uman, selectate din volumul *The Incredible Machine*, editat de National Geographic Society. De asemenea, reproducem și din revista *Smithsonian* imagini ce dezvăluie modul în care un retrovirus pătrunde într-o celulă limfocitară, pentru a se replica, urmînd ca apoi să invadeze alte și alte limfocite, distrugînd sistemul imunitar al organismului.



▲
Celula omului dezvăluie arhitectura sa interioară. Nucleii apar ca niște mari sfere galbene; mitocondriile sînt colorate în albastru. Ribozomii, distribuiți în mod neregulat, arată ca niște liniuțe palide. În fiecare celulă, reticulul endoplasmatic se înfășoară ca un labirint format dintr-o frînghie.

▶
Milioane de celule roșii cără oxigenul spre țesuturile corpului.



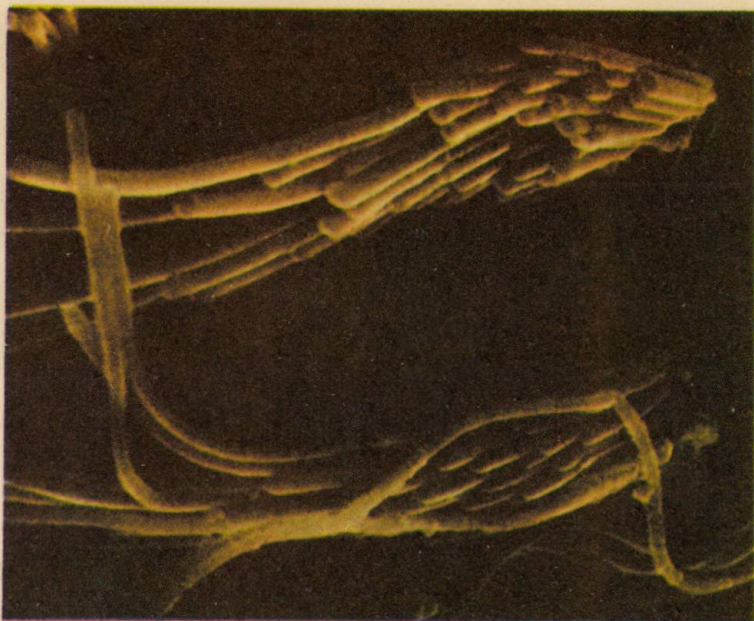


Sistemul nervos central și măduva spinării conțin între 50 și 100 de miliarde de celule nervoase, numite neuroni, adevărați specialiști în informații. Iată un neuron.

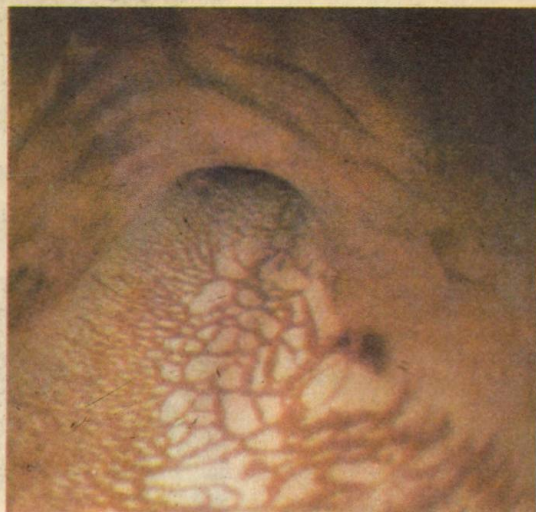
Sosite pe retină, razele de lumină pătrund în stratul de celule fotoreceptoare, numite bastonașe și conuri (în imagine), unde sint encodeate pentru percepția imaginilor color de către creier. Lungile bastonașe transformă lumina slabă în nuanțe de gri, putînd, astfel, să vedem formele și mișcările, dar nu și culorile; conurile, scurte, absorb spectrul din care este formată lumina, făcîndu-ne capabili să vedem mulțimea de nuanțe color.



Trei canale semicirculare, situate în urechea internă, conțin un fluid și perii receptori. Mișcarea capului produce mișcări ale fluidului în canale, iar din mișcările perilor pornesc mesaje către creier.

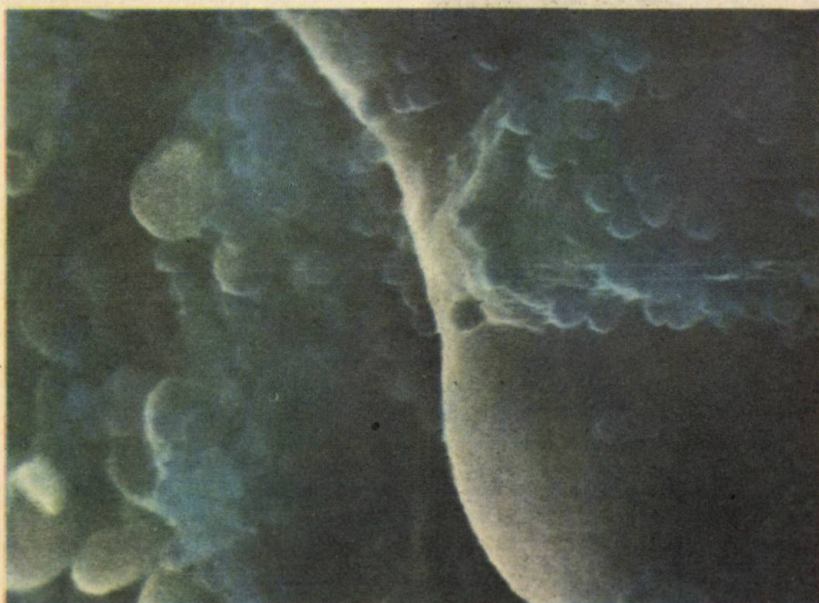


Ancorată de plafonul ventriculului drept, valva tricuspidă (în imagine) se deschide larg în timpul contracției atriale, permițând singelului să intre într-o încăpăre mai mare după care mușchii ce o formează se închid ca o clapă. După aceea, singele este împins, prin contracția ventriculului, în artera pulmonară.



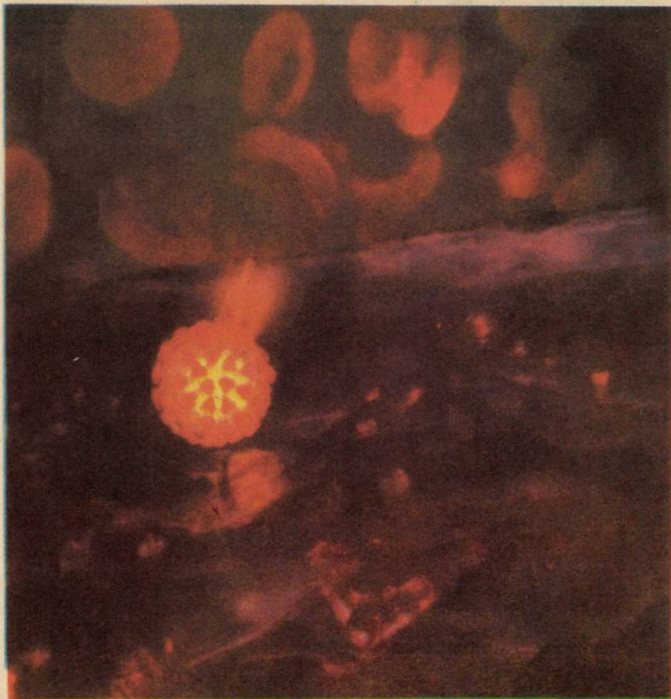
Membrana timpanului (in imagine) recepționează vibrațiile sunetelor.

Un număr de 28 de oase formează craniul. Opt dintre ele alcătuiesc o cupolă care adăpostește creierul. Aceste oase fuzionează între ele cu putere maximă la o greutate minimă. Locurile de imbinare se numesc suturi, formind, ca în imagine, o legătură greu de desfăcut.



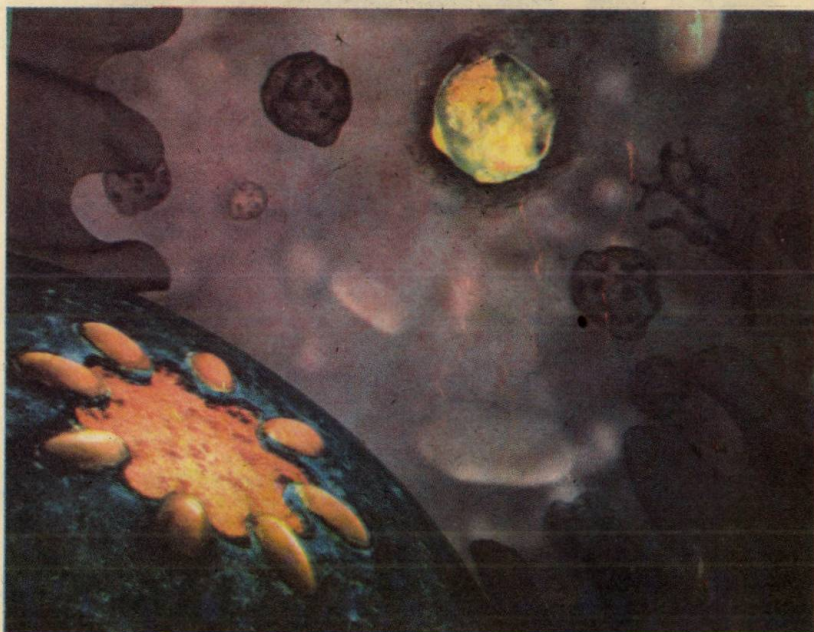
Virusurile care produc SIDA se fixează pe celule albe, în special pe cele T-helper. Particulele de virus (colorate în albastru) distrug sistemul imunitar, atacind celulele albe care, în mod normal, activează bătălia împotriva infecției.

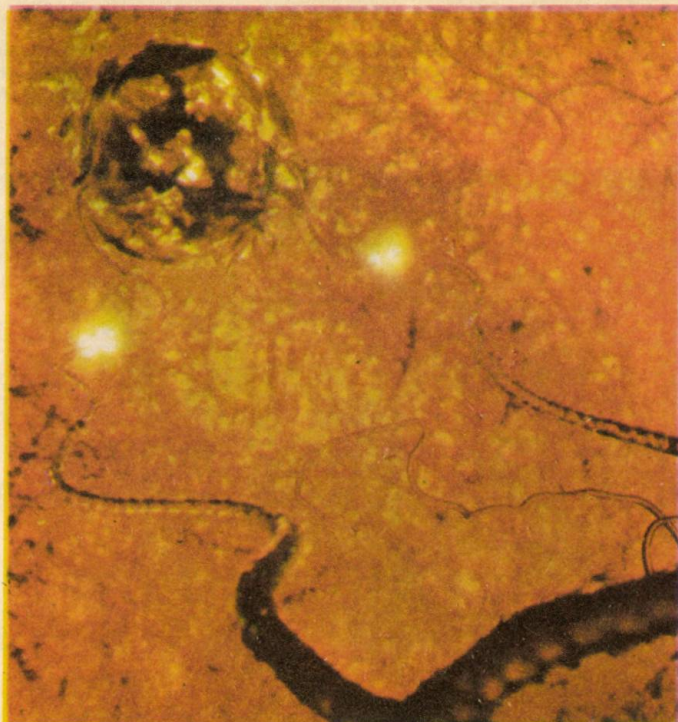
În următoarele patru imagini este prezentat, cu ajutorul unor modele bazate pe descoperiri recente, felul în care un retrovirus (așa cum este și HIV, virusul care produce SIDA), pătrunde într-o celulă, transformând-o într-o adevărată „fabrică de virusuri”.



a) Virusul se deplasează pe suprafața alcătuită din proteine a unei celule albe din singe și intră în contact cu un receptor care, pe cale chimică, îi permite intrarea în interior.

b) După ce învelișul virusului fuzionează cu celula, ARN-ul viral este liber și se îndreaptă către nucleu (stinga jos). Înainte de a pătrunde în nucleu, o enzimă, numită reverstranscriptază, transformă ARN-ul în ADN similar cu cel al genelor celulei.





c) Odată pătruns în nucleu (punctele de luminozitate difuza), devine parte integrantă a celulei care, urmînd instrucțiunile propriilor gene, ca și pe cele ale genelor virale, produce proteine ce vor forma noi virusuri, acoperite cu învelișuri proteice virale produse la fața locului.

d) Noile virusuri se desprind de suprafața celulei (stînga sus) și sînt gata să atace alte celule. Întregul proces, din momentul în care virusul pătrunde în celulă pînă cînd replicile sale o părăsesc, durează cîteva zile.



Selecție și reproduceri color
Ovidiu Mihai HUIBAN

MAI ÎNAINTE DE A SPUNE „DA“



Fericirea unui cămin se clădește de doi oameni care se îngrijesc și se preocupă nu numai de clipa prezentă, de bucuria împărțită a dragostei, ci de tot ce acele clipe de împlinire de la începutul căsniciei vor putea să aducă mai târziu. Și acele bucurii, care vor da sens vieții și dragostei lor, vor fi copii.

În acest fel, constituirea familiei, așezarea ei pe baze riguros sanogene este unul dintre cele mai complexe procese, dar și mai pline de responsabilități. De aceea, este necesar ca toate persoanele care întemeiază o familie să se adreseze serviciului de „Sfat familial”. Cu acest prilej se efectuează și consultația prenupțială — un examen medical

complet, permițând cunoașterea și evaluarea cu exactitate a stării de sănătate și a potențialului funcțional al diferitelor aparate și sisteme. Cunoașterea fondului biologic prenupțial permite să se orienteze asistența post-maritală în funcție de fondul biologic al premaritalilor. Datele anamnezice, examenele clinice, paraclinice și de alte specialități, ca și concluziile medicilor de specialitate solicitați sînt înscrise în fișa prenupțială, pe baza lor eliberîndu-se certificatul prenupțial.

De ce considerăm acest examen atît de important? Pentru că de el depinde viitoarea stare de sănătate a celor doi parteneri ce pornesc în viață împreună cît și a viitorilor

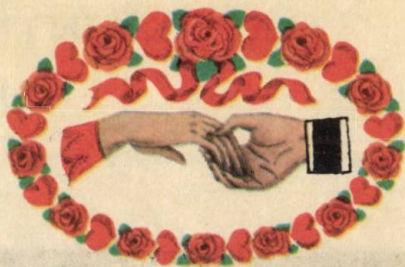
lor copii. Legiutorul s-a gândit în primul rând la două boli—tuberculoza și sifilisul —, întrucît, dacă unul din parteneri suferă de o astfel de boală îl va îmbolnăvi și pe celălalt datorită contagiozității crescute. Două examene medicale — analiza serologică a sîngelui și radiografia pulmonară — ne dau posibilitatea să depistăm aceste boli.

Gravitatea pe care o prezintă sifilisul se datorește pe de o parte unei mari puteri de contagiune, iar pe de altă parte ireversibilității leziunilor care apar într-o perioadă mai avansată a bolii, numită perioada terțiară, și în care se ajunge numai dacă bolnavul respectiv nu se tratează. Fiind o boală venerică, principala sa cale de transmitere este cea genitală și anume, cea sexuală, dar, în același timp, de la femeia gravidă bolnavă și netratată boala se poate transmite la făt prin intermediul circulației placentare (care asigură oxigenul și substanțele nutritive necesare dezvoltării viitorului nou-născut). În aceste situații, nou-născuții pot fi aparent sănătoși, dar examenul serologic pentru sifilis făcut la naștere sau după naștere este pozitiv. Mai tirziu, la acești oameni pot apare manifestări sifilitice tardive, destul de grave și greu de corectat prin tratament. Alteori aceste leziuni pot apare de la naștere, ele fiind localizate la nivelul tegumentelor, sistemului osos, dentar, viscere etc. Trebuie ținut însă seama că un examen serologic pozitiv, prin intermediul căruia se pune diagnosticul de certitudine în sifilis, nu constituie un impediment în vederea căsătoriei, fiind necesară numai o temporizare pe perioada efectuării tratamentului, în așa fel încît să nu mai existe pericolul contagiunii de la soț la soție sau invers.

Blenoragia este cea de-a doua boală venerică ce ridică probleme din punct de vedere epidemiologic. Ea este manifestată la bărbat prin două simptome majore: usturimi în timpul micțiunilor și secreție uretrală purulentă. La femeie, boala trece neobservată în marea majoritate a cazurilor, ea putîndu-se depista prin examenul de laborator al secreției vaginale. Și în această boală aplicarea unui tratament corect conduce la vindecarea într-un timp foarte scurt — de numai cîteva zile. Netratată la timp, această boală poate fi transmisă nou-născutului, care va prezenta oftalmie gonococică pe care o contractează în timpul expulzării la naștere.

La rîndul său, examenul radiofotografic depistează tuberculoza. Un părinte bolnav de tuberculoză va aduce pe lume un copil cu tare, însemnat de boală, deci un viitor suferind.

Dar medicul care eliberează un certificat prenupțial are în vedere și descoperirea altor boli ce ar putea afecta sănătatea viitorului cuplu și a descendenților săi. Astfel, pot



fi depistați o serie de paraziți, așa cum este Trichomonas, sau o serie de spori de ciuperci, cum ar fi Candida, care pot pătrunde cu ușurință, perturbînd echilibrul conținutului vaginal, creînd astfel stări supărătoare femeii. Examenul secreției vaginale, prin cercetarea celulelor descumate, poate, de asemenea, să dea informații și asupra stării de sănătate a mucoasei vaginale. Cunoașterea conținutului vaginal, prin efectuarea unei foarte simple analize a secreției vaginale este extrem de necesară apărării sănătății întregului aparat genital și chiar pentru depistarea unor eventuale procese maligne la femeile mai vîrstnice.

În afara unor afecțiuni ginecologice, psihiatrice sau glandulare (care sînt în atenția medicilor specialiști din cadrul Comisiei medicale premaritale), medicul de medicină generală îi investighează pe viitorii căsătorii și în legătură cu unele boli neurologice (de exemplu, epilepsia), cu unele boli congenitale sau dobîndite ce pot influența urmașii. Bolile ereditare au o gravitate uneori extremă, limitînd perioada de supraviețuire sau lăsînd să supraviețuiască un organism cu handicapuri majore, care, adunate, ocupă un loc tot mai important în patologia umană. Multe dintre bolile ereditare pot fi tratate în prezent și această posibilitate este cu atît mai mare, iar efectul tratamentului este cu atît mai complex, cu cît diagnosticul este mai timpuriu. Așadar, ereditatea poate fi corectată sau poate fi ajutată. Există în prezent metode foarte noi de inginerie genetică ce s-au dovedit utile în transformarea eredității la bacterii. Distanța biologică de la bacterii la om este mare, dar planul biochimic și molecular al organizării materiei vii este același. De aceea este posibil ca după încă unul sau două decenii ingineria genetică la om să devină o realitate, iar greșelile ereditare se vor putea corecta. Pînă atunci, însă, îi rugăm pe tinerii care pătrund într-o nouă etapă a vieții să se lase călăuziți de sfaturile medicilor pentru a-și apăra sănătatea și a avea copii sănătoși.

Dr. Mloara MINCU



DE LA SOȚIE LA MAMĂ

Există în spațiul afectiv, în orice timp și în orice loc, o fotografie nemuritoare: doi oameni — EL și EA — în hainele tinereții lor, solemni, sărbătorești, uniți în marea zi a nunții lor.

Familia constituie un fenomen fundamental al vieții sociale, prima relație socială de comuniune umană, înăuntrul căreia oamenii — bărbați și femei — își orânduiesc viața în comun pe temeiul căsătoriei.

Întemeierea unui cămin ridică probleme dintre cele mai variate, determinate de aspectele biologice, spirituale, general-umane și sociale ale partenerilor. Pot exista discordanțe, mai mult sau mai puțin supărătoare, ce necesită așa-zise perioade de rodaj, în centrul cărora să se poată ajunge la acea comuniune sufletească și fizică indispensabilă unei căsnicii.

Un psiholog spunea: „Înveți să fii partener în familie așa cum înveți să cînți. Oricine poate. Doar atît că unii se mulțumesc să bată clapele pianului, iar alții cîntă Beethoven...”. Pentru primii lucrurile sînt simple. Pentru ceilalți ucenicia familiei începe după luna de miere.

Destinul cuplului se făurește în mod deliberat, cu sprijinul reciproc al celor doi parteneri, care și-au unit viețile. Bazele sănătății familiei se

pun înainte de căsătorie. Rolul profilactic al consultației prenupțiale se concretizează în creșterea nivelului educativ al tinerilor.

Instruirea cu privire la viața intimă, la aspectul ei sexual, trebuie să se facă de către medic și de către părinți. Educarea tinerilor în domeniul funcționării aparatului genital face parte din datoria noastră socială de părinți, profesori, medici.

Relațiile dintre sexe s-au schimbat față de relațiile existente la generațiile trecute, devenind mai libere, mai deschise, mai reale și mai apropiate, ele necesitînd doar o dirijare rațională și atentă în folosul sănătății tinerilor.

„Luna de miere” — cu emoțiile, bucuriile și necazurile care apar uneori — trebuie să ducă la armonizarea relațiilor dintre cei doi parteneri, la crearea unei simbioze, a unui adevărat cuplu. Dar viața sexuală regulată impune cunoașterea măsurilor de igienă genitală și sexuală, a unor reguli de comportament sexual. O viață sexuală dezordonată, cu excese, este oboșitoare, dăunătoare sănătății, iar contactele sexuale rare pot da manifestări de nervozitate, agitație, insomnii. Dacă după aproximativ șase luni de viață sexuală regulată partenera nu prezintă dorință sexuală, avînd dureri în timpul actului sexual sau alte tulburări, trebuie consultat medicul ginecolog pentru a căuta cauzele subiective sau obiective ale acestor neajunsuri. Prezența unor inflamații, a malformațiilor congenitale, a unor leziuni impune tratamente de specialitate.

Orice leucoree (scurgere vaginală) trebuie semnalată medicului pentru precizarea etiologiei și a tratamentului corect. Neglijența, minimalizarea importanței patologiei din sfera genitală, întârzierea prezentării la medic pot avea consecințe nefavorabile asupra viitorului femeii. De două ori pe an ea trebuie supusă unei consultații active și cel puțin o dată la trei ani se impune efectuarea unui examen etiologic pentru a putea depista în timp util boli grave. Nu trebuie neglijat autocontrolul sînilor și prezentarea la medic la depistarea oricăror formațiuni tumorale.

Avînd în vedere prezența menstruației în această etapă a vieții femeii, se impune respectarea unor reguli în timpul sîngerării menstruale: evitarea eforturilor fizice mari, a călătoriilor lungi, a frigului, umezelii, evitarea raporturilor sexuale în această perioadă și o igienă genitală riguroasă.



BUȘOI CRISTINA

Dorința de a învăța „profesiunea” de soție sau de soț, simțul răspunderii față de anii care vin creează între cei doi parteneri legături trainice, bazate pe respect reciproc și înțelegere. Și bărbatul poate trece prin perioade de surmenaj, suprasolicitare fizică sau nervoasă, ceea ce poate duce la o impotență trecătoare, de cele mai multe ori de natură psihică. Înțelegerea, atașamentul, alături de o mare delicatețe în toate gesturile vieții conjugale sînt necesare pentru a soluționa în comun problemele ivite.

În contextul existenței armoniei conjugale este normal ca tînăra familie să se gîndească la urmași, să dea viață, să crească și să educe copii. Orice femeie trebuie să cunoască efectul pozitiv pe care îi aduce copilul în căsnicia ei. Prin copii tînăra familie se unește, bărbatului i se dezvoltă simțul de răspundere al unui tată și își respectă soția ca mamă.

Tineretea este vîrsta concepției, cînd ambii soți au organisme viguroase. Pentru femeia tînără purtarea sarcinii și nașterea sînt ușoare, iar șansele de a aduce pe lume copii sănătoși sînt maxime, de aceea prima sarcină trebuie păstrată. Cu cît vîrsta înaintează, purtarea sarci-

nii și nașterea devin mai dificile pentru că organismul suferă între timp diferite îmbolnăviri sau intoxicații (în special fumatul), care scad rezistența și starea optimă observată la gravidele tînere la prima sarcină. Întreaga făptură a femeii este construită pentru maternitate. Acest rol creator al femeii, fiind tot ce poate înobila mai mult, îi dă satisfacții și îi menține echilibrul biologic și sufleteșc.

Desigur că legislația prezintă, cu adevărat democratică, are în vedere dreptul legitim al fiecărui cuplu, a fiecărei femei de a hotărî cînd și dacă vor sau nu să aibă copii.

În acest sens, întreruperile de sarcină se pot face la cerere în unitățile sanitare.

Dar, ca medici, mai trebuie totuși să precizăm că abuzurile în acest sens, mai ales pe tînerele organisme, cît și excesele de anticoncepționale pot duce la boli grave sau la consecințe greu de înlăturat mai tîrziu, ce pot determina destrămarea cuplului rămas steril. Complicațiile cele mai des întîlnite sînt: hemoragiile, care anemiează și slăbesc organismul; predispunîdu-l la infecții; perforațiile uterine; tulburările de menstruație; sarcinile extrauterine sau avorturile spontane ulterioare; infecții; sterilitatea.

După ce tînăra familie a avut primul copil, se pune problema: cînd să vină cel de-al doilea?

Intervalul dintre sarcini este bine să fie de aproximativ un an și jumătate — doi ani, adică un interval care să-i permită mamei să-și revină pe plan biologic la starea anterioară gravidității și acest interval să nu fie prea mare încît să necesite din nou efortul de adaptare la graviditate. Sarcinile următoare decurg și mai ușor.

Obligația pe care o are gravida în timpul sarcinii este aceea de a se prezenta în mod regulat la consultațiile prenatală pentru a depista din timp și a trata corespunzător orice problemă apărută și pentru a evita avortul spontan, nașterea prematură sau nașterea unor copii cu tulburări fizice și psihice.

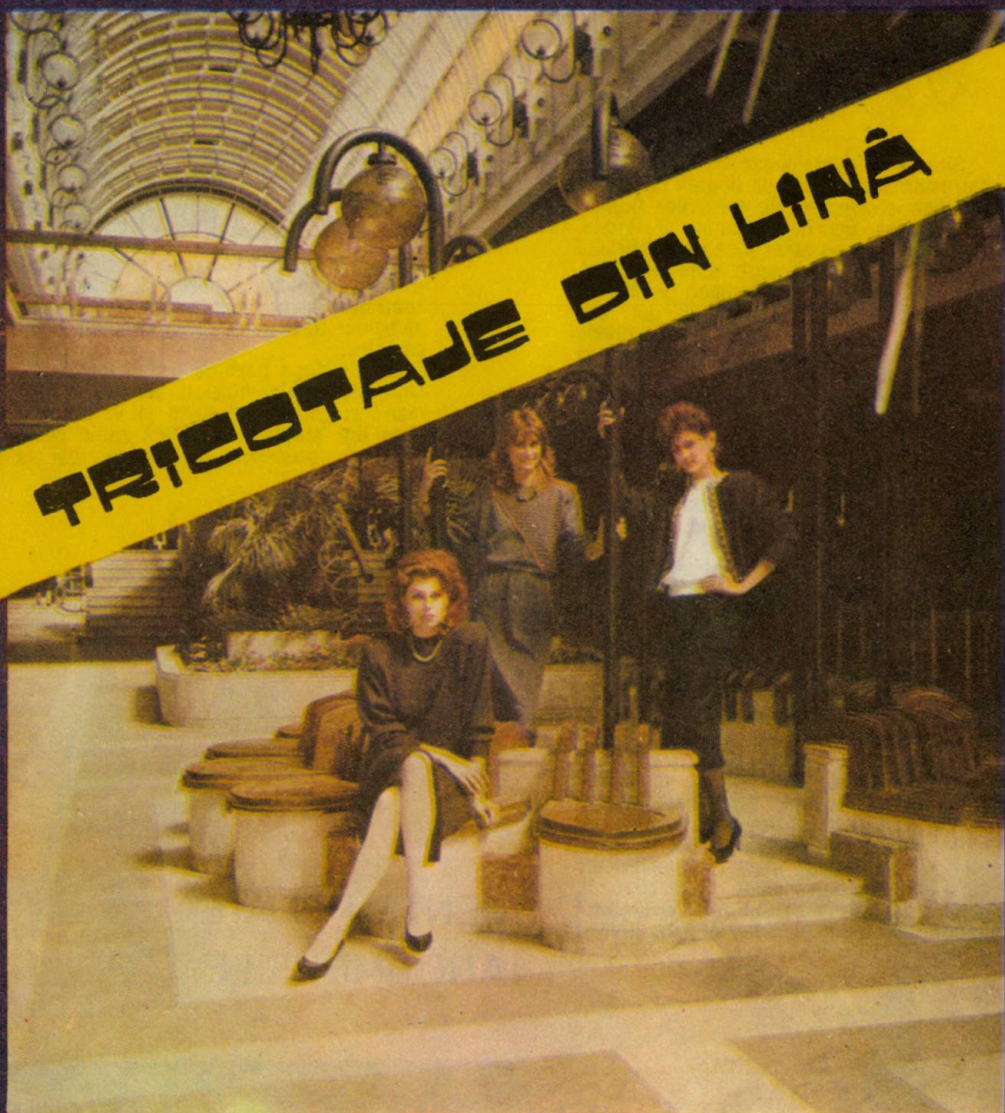
O familie consolidată și o sănătate deplină sînt indispensabile femeii pentru a-și exercita rolul complex pe care îl deține în societate. Sănătatea femeii garantează sănătatea generației de mîine, de aceea se impune continuu îmbunătățirea condițiilor ei de muncă și educarea tînerei femei în sensul unei vieți echilibrate, cu evitarea suprasolicităților de orice natură, cu practicarea sportului, viață în aer liber și o alimentație corectă.

Fiecare cuplu posedă o diplomă a demnității în alb, pe care trebuie să o onoreze prin felul propriu în care învață să-și făurească existența în doi.

Conf. dr. I. MUNTEANU,
dr. Viorica BURADA

Clinica a III-a obstetrică-ginecologie
a Institutului de medicină—Timișoara

TRICOTAJE DIN LINĂ



Întotdeauna moderne, tricotatele din lină conferă ținutei dv. distincție și eleganță.

La orice vîrstă și în orice ocazie o bluză, un pulover, o jachetă sau un compleu se poartă cu plăcere.

Magazinele și raioanele specializate ale comerțului de stat vă stau la dispoziție cu un foarte bogat sortiment de tricotate din lină, într-o croială clasică sau modernă.

VATRA DORNEI

Situată în depresiunea intramontană a Dornelor, înconjurată de bogate păduri de conifere și foioase ale masivelor Giumalău, Rarău, Bistrița, Căliman și Rodna, Vatra Dornei și-a atras încă de la sfîrșitul secolului al XVIII-lea aprecierea vizitatorilor. Deși se află la altitudinea de 800 m, absența curenților puternici de aer face ca verile să fie răcoroase, iernile blinde iar aerul mereu bogat în aerosoli și esențe volatile de brad.

Descoperirea, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, a izvoarelor cu ape minerale (carbogazoase, feruginoase, bicarbonatate, sodice, calcice, magneziene, atermale), precum și a nămolului de turbă – de la Tinovul Mare și Poiana Stampei – a completat profilul climateric al stațiunii cu cel balnear.

Dar de la procedurile aplicate empiric la sfîrșitul secolului trecut la mai puțin de 1 000 de persoane pe an, s-a ajuns astăzi să se aplice o gamă diversă de proceduri balneo, fizio și hidroterapice la aproape 30 000 de persoane pe an.

Datorită factorilor săi naturali de cură, (apele minerale, nămolul de turbă și climatul de cruțare) Vatra Dornei este indicată: suferinzilor de **afecțiuni ale aparatului cardiovascular** (infarct miocardic după convalescență, cardiopatie ischemică, valvulopatii, hipertensiune arterială, varice, perturbări circulatorii periferice, sechele după flebită, nevroze ale aparatului cardiovascular, ateroscleroză); suferinzilor de **afecțiuni ale aparatului locomotor** (reumatismale, degenerative și

O STAȚIUNE BALNEOCLIMATERICĂ

canța, iar de cîțiva ani aici se efectuează și cura balneară profilactică, menită să contribuie la prevenirea factorilor de risc ai bolilor aparatelor cardiovascular și locomotor.

În cele două baze de tratament din incinta modernelor hoteluri „de cură” „Căliman” și „Dorna”, precum și în celelalte baze din stațiune se aplică zilnic peste 4 500 de proceduri terapeutice (băi la



PENTRU TOATE
ANOTIMPURILE

abarticulare, posttraumatice, neurologice); în **afecțiuni ginecologice** (în care se folosește nămolul de turbă), precum și în **boli asociate** (digestive, ale căilor urinare) în care se utilizează apele minerale în cură internă.

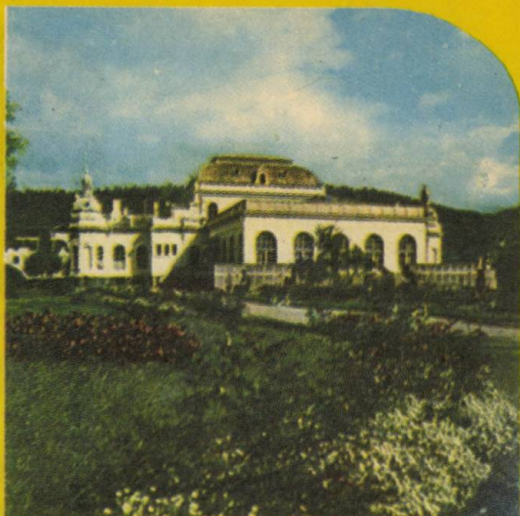
Terapia prin mișcare ocupă un loc important în ansamblul procedurilor cu rol recuperator, efectuîndu-se sub formă de: gimnastică medicală (la sală sau la bazine acoperite) completată cu o „cură de teren”, efectuată pe aleile parcului „terapeutic” amenajat special, cură apreciată în mod deosebit de către cei care o efectuează.

Totodată, stațiunea balneoclimaterică Vatra Dornei oferă condiții excelente odihnei active pentru cei care își petrec va-



cadă; impachetări și băi cu nămol; impachetări cu parafină; o gamă largă de proceduri electroterapeutice, hidro și kinoterapice). O noutate o constituie mofetele, care completează gama modalităților de tratament a afecțiunilor cardiovasculare. De asemenea, tratamentele pe bază de Gerovital și Aslavital, cu Boicil și Pell-Amar, precum și prin acupunctură.

Condițiile de cazare, oferite de modernele hoteluri „Căliman” și „Dorna”, de vilele cu diferite grade de confort, de cabana și de popasul turistic „Runc” asi-



gură un cadru adecvat efectuării curei și odihnei în toate anotimpurile. Masa se poate servi la pensiune sau la restaurant.

După orele dedicate procedurilor, destinderea se poate realiza în mod diferit și plăcut, în fiecare zi. De exemplu, efectuind o plimbare pe aleile parcului din sta-

țiune sau cu telescaunul pînă în virful Dealului Negru (1301 m altitudine), printr-o partidă de tenis sau un meci de volei pe terenurile special amenajate, vizitînd Muzeul cinegetic sau Muzeul de etnografie bucovineană din localitate. În plus se poate opta pentru vizionarea unui film sau a unui spectacol.

Iarna, într-un peisaj încântător, se poate schia, patina sau se poate parcurge cu săniuța pîrtia special amenajată, deci se pot practica sporturile de sezon ca în orice stațiune montană.

Agenția de turism din stațiune organizează în toate anotimpurile excursii cu autocarul pe diferite trasee din județele Suceava, Neamț, Bistrița Năsăud ș.a., oferind participanților posibilitatea să cunoască sau să revadă obiective de interes deosebit.

Și acum, un sfat adresat de gazde pentru dv., stimați cititori: **nu ezitați să vă petreceți concediul sau să efectuați cura balneară la Vatra Dornei în orice anotimp**, mai ales că în extrasezon beneficiați de tarife reduse, de mai multă liniște și de mai puțină aglomerație, dar de



aceeași atenție și ospitalitate din partea gazdelor.

Pentru obținerea de informații suplimentare și pentru reținerea locurilor vă puteți adresa și la **Întreprinderea balneoclimaterică din Vatra Dornei, str. Republicii nr. 5, tel. 7 10 21 și 7 13 79.**

VICTIME CELEBRE

Cu secole în urmă, un iscoditor de geniu al sufletului omenesc aducea în fața oamenilor dornici să se cunoască mai bine pe ei înșiși gânduri și sentimente general-umane, dându-le chipul unor personaje devenite celebre. Alături de iubire și ură, de generozitate și avaritie, de curaj și lașitate, tristețe și bucurie, pe care le personifică rînd pe rînd, Shakespeare crează un personaj complex, puternic, al cărui eșafodaj de sentimente și trăsături generoase se prăbușește ruinat din interior de gelozie. Othello a rămas peste timp eroul tragic prin excelență, victima cea mai celebră a ravagiilor geloziei dezlănțuite, care îl poartă implacabil către distrugerea sa și a ființei iubite.

Dar ori de cîte ori cortina cade sau închidem ultima filă a poveștii lui Othello sîntem înclinați să reflectăm, să ne întrebăm ce e gelozia, cum e posibil ca un sentiment să genereze atîta suferință, aceasta cu atît mai mult cu cît întîlnim gelozia în diverse chipuri și manifestări în viața reală, de zi cu zi.

Omul modern, preocupat și de cunoașterea universului său interior, își investighează amplu structura personalității, folosindu-se astăzi nu numai de mijloacele artei, ci mai ales de cele ale cunoașterii științifice, ale psihologiei, medicinei, sociologiei. Cercetînd atent în creuzetul complex al afectivității, gelozia este înscrisă de psihologi în categoria sentimentelor. Fără a fi un „etaj inferior” al conștiinței umane, afectivitatea, spre deosebire de sfera logică a conștiinței, este mai direct legată de structurile noastre bio-psihice moștenite din stadiile dezvoltării naturale ale omului.



SURSA ANCESTRALĂ

Am putea spune, deci, fără să forțăm lucrurile, că gelozia și-ar avea sursa obscură, ancestrală, în manifestările instinctive ale rivalității masculilor din lupta pentru supremație în actul de reproducere. Am putea afirma că ea este legată - instinctual, biologic - chiar de actul fizic al dragostei, și de aceea însoțește și pîndeste în viața umană sentimentul generos al iubirii.

Trebuie să precizăm însă că diferențele dintre instinctul de rivalitate din lumea animală și gelozie, ca sentiment uman, sînt uriașe. Aceste di-

ferențe provin din evoluția psihicului uman, din integrarea sentimentelor în sfera conștiinței umane, în care afectivitatea și raționalitatea se împletesc atît de strîns încît se influențează, se modifică și se controlează reciproc sub imperiul exigențelor comportamentului socio-cultural.

DRAGOSTE SAU EGOISM?

Ca trăsătură umană, gelozia este un sentiment negativ, chinuitor, morbid, care se naște și viețuiește în preajma iubirii. se bazează pe anu-

mite însușiri de caracter și personalitate, generate adesea de carențe educaționale și complexe de inferioritate. Gelozia este un sentiment contradictoriu și complicat, întemeiat pe teamă și neîncredere obsesivă în fidelitatea partenerului de viață. Ea are susținători puternici în sfera însușirilor negative ale personalității umane. Egoismul, ideea că persoana iubită trebuie privită ca obiect ce intră cu totul în posesia exclusivă a celui ce-a ales-o, neliniștea că ar putea să o piardă, bănuiala permanentă de infidelitate, suspiciunea, neîncrederea în trăinicia sentimentelor partenerului deter-

închisoare pentru cel iubit. Treptat, gelozia nestăpinită, necontrolată, poate deveni periculoasă, se poate constitui ca boală psihică sau ca suport al unor manifestări psihice malade, care se cer tratate de medicina de specialitate.

Din fericire, însă, nu toate formele de manifestare ale geloziei ajung în sfera psiopatologiei. Fiind un sentiment în cadrul multitudinii de sentimente umane, ea se manifestă în grade de intensitate și forme diferite, fiind influențată și adesea controlată de celelalte sentimente, crescând sau scăzând în intensitate în funcție de numeroși factori



mină ca gelozia să facă, în cele din urmă, casă bună cu minia și cu ura, reversul hidos al iubirii.

O PERMANENTĂ SURSA DE STRES

Din punct de vedere psihic, gelozia este o permanentă sursă de stres, de neliniște și angoasă, perturbând profund comportamentul. Gelosul este un om chinuit și care îi chinuie și pe cei din jur. Centrat pe ideea că este sau ar putea fi înșelat de ființa iubită, transformă iubirea dintr-o relație frumoasă, liber consimțită, de armonie și încredere reciprocă, într-o adevărată

din interiorul propriei conștiințe sau din mediul social înconjurător.

Ca toate sentimentele umane, și gelozia influențează și este influențată de viața de familie și de raporturile interumane mai largi. În familie gelozia se manifestă ca element ce tensionează permanent relațiile dintre parteneri, generând neîncredere, certuri, conflicte. Sub veghea nemiloasă a geloziei bănuitoare, soțul sau soția sînt cel mai adesea greșit înțeleși. Gesturi mărunte, nevinovate față de colegi sau prieteni devin „probe de infidelitate” cu semnificații exagerate pentru cel gelos. Priviri și zimbete inocente sînt transformate în „capete de

acuzare” pentru dosarul pe care gelosul îl construiește zilnic, și cu care, nu de puține ori, își distruge liniștea și familia.

CLIMATUL FAMILIEI

Climatul de familie este însă deosebit de important în combaterea, încă din stadii incipiente, a manifestărilor de gelozie. Relația normală, armonioasă dintre soți presupune nu numai iubire, ci și răbdare, înțelegere și spirit concesiv față de unele defecte ale partenerului, inclusiv față de mici manifestări de gelozie, care trebuie descurajate cu calm și cu încredere în posibilitatea fiecăruia de a se perfecționa.

În viața socială, familia nu este o celulă izolată; ea este parte integrantă a unui ansamblu mai larg de relații interumane. În acest context putem observa că adesea cuplurile familiale singuratice, exclusiviste, fără prieteni, sînt mai expuse manifestărilor de gelozie decît cele ce se integrează armonios în mediul social înconjurător. De aceea, relațiile colegiale de muncă, relațiile de prietenie, educația copiilor, participarea egală a soților la viața socială de ansamblu reprezintă factori importanți de desfășurare a unei vieți normale, sănătoase, în familie.

Manifestările geloziei pot fi diminuate, controlate, prevenite prin educație și autoeducație. Aceasta pentru că omul, trăind într-o lume în care totul se învață și se construiește cu răbdare, este capabil să-și educe și propria zestre afectivă.

Frumusețea și ineditul iubirii nu permit elaborarea de rețete universal-valabile pentru evitarea furtunilor ce-i pot întuneca uneori orizontul, dar încrederea reciprocă este o condiție pentru a găsi aceste rețete la timpul potrivit, evitînd capcanele și efectele nefaste ale geloziei.

C. POPOVICI

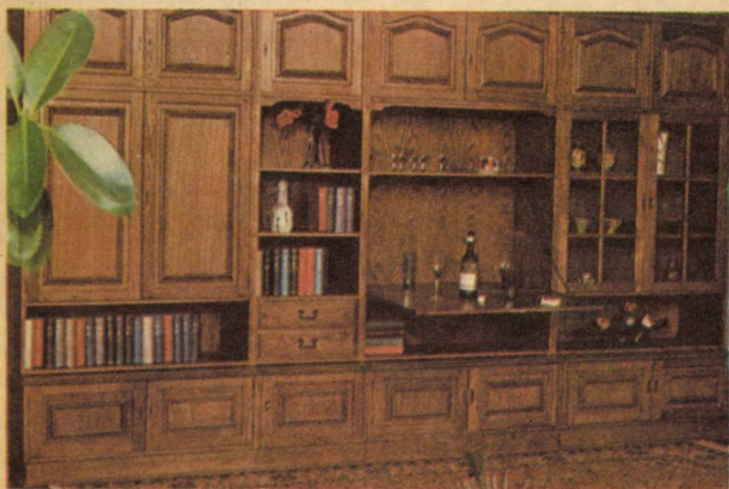
ASIGURAREA COMPLEXA A GOSPODĂRIEI DUMNEAVOASTRĂ

În vederea refacerii bunurilor avariate, ca urmare a unor evenimente neprevăzute ce se pot întâmpla într-o gospodărie, cetățenii pot încheia „**Asigurarea facultativă, complexă a gospodăriilor**“, care este o asigurare combinată, în același contract fiind cuprinse: bunurile din gospodărie; unele cazuri de accidente produse la domiciliu etc.

În această asigurare sînt cuprinse bunuri existente într-o gospodărie ca: mobilier și alte obiecte casnice; îmbrăcăminte; covoare; aparate de radio, televizoare; mașini de cusut, frigidere, sobe de orice fel; produse agricole, viticole, pomicole și animaliere; combustibil, materiale de construcții pentru uzul gospodăresc și altele.

Sînt cuprinse în asigurare — pentru 20 la sută din suma asigurată — și bunurile asigurabile luate în afara domiciliului.

Administrația Asigurărilor de Stat despăgubește cazurile de pagube la bunurile asigurate provocate de unele riscuri, ca, de exemplu: incendiu, trăznet, explozie, ploaie torențială, inundație, grindină, furtună, alunecare de teren, avarii accidentale produse la instalațiile de gaze, apă, canal sau încălzire și altele.



Prin același contract sînt asigurate pentru urmările accidentelor întîmplate la domiciliul asiguratului următoarele persoane: asiguratul, soția (soțul) asiguratului, precum și părinții și copiii acestora dacă, în mod satornic, locuiesc și gospodăresc împreună cu asiguratul. Sînt cuprinse în această asigurare accidentele cauzate de unele evenimente, ca: incendiu, trăznet, explozie, lovire, cădere, alunecare, acțiunea curentului electric, arsură și altele.

Prima de asigurare se stabilește în funcție de mărimea sumei asigurate, solicitată de asigurat pentru bunurile din gospodărie.

Pentru orice informații în legătură cu asigurările, vă puteți adresa sucursalelor ADAS, punctelor operative de lucru sau inspectorilor ADAS.



„APTITUDINI“ ȘI INAPTITUDINI PSIHOLOGICE

Considerată de unii o adevărată știință iar de alții o loterie, căsătoria evidențiază mai mult ca orice altă relație umană modul în care două personalități se acomodează, modelându-se reciproc. De inteligență, de tactul și de capacitatea afectivă a doi tineri abia desprinși de vârsta adolescenței depinde, în fapt, viitorul lor, trăinicia familiei, fericirea sau nefericirea cuplului, a unuia sau altuia dintre soți, sănătatea lor și evoluția copiilor.

Există „aptitudini” deosebite pentru aceasta?

Se poate vorbi despre „inaptitudini” pentru viața de familie?

Sînt întrebări-cheie în jurul cărora a gravitat interviul nostru cu psihologul **Mihai Jigău** de la Dispensarul policlinic al Spitalului „Dr. I. Cantacuzino” din București.

— **Ce este familia din punctul de vedere al specialității dv.?**

— Familia este un micro-sistem integrat sistemului social (cu care este direct interdependent) și care presupune o suită de relații relativ stabile și repetabile între membrii cuplului, de natură biologică, socială, materială și spirituală. Familia reprezintă, deci, un complex de relații sociale și morale, care se îmbină cu pro-

crearea și creșterea copiilor, cu conviețuirea într-o gospodărie. Orice dereglare a acestor relații duce inevitabil la carențe funcționale ale familiei.

— **Ce tipuri de relații se stabilesc în cadrul unei familii?**

— În primul rînd, sînt relațiile dintre soți și apoi cele dintre generații. Primele sînt caracterizate printr-o serie de îndatoriri legale dar și moral-etice, cum ar fi: solidaritatea, datoria reciprocă de sprijin moral și material nelimitat în orice problemă, dragostea, respectul, o viață intimă normală și roditoare, o diviziune spontană — sau prin înțelegere — a treburilor casnice și, evident, o întreagă gamă de obligații economice, materiale. Desigur, cînd vorbim despre relațiile dintre generații, ne referim la relațiile părinți-copii și, ulterior, la relațiile copiii deveniți maturi și părinții deveniți bătrîni.

— **Care sînt dereglările cele mai frecvente și cu implicații mai grave ale funcționalității familiei?**

— Încetarea vieții conjugale (deși uneori foștii soți continuă să locuiască împreună); părăsirea domiciliului (cu toate implicațiile juridice presupuse de abandonul familial, cînd nu se mai contribuie material la întreținerea familiei); relațiile extraconjugale ale unuia dintre soți; conflictele din motive materiale și de utilizare a veniturilor; disensiunile privind educația copiilor; repartitia inechitabilă a obligațiilor și muncilor gospodărești și, poate cel mai adesea, eterna nepotrivire dintre trăsăturile majore de personalitate ale celor doi soți, dintre scopurile, concepțiile și principiile lor de viață.

— **Cine oferă modelul familiei, ca tip de relații, organizare, atitudini și principii?**

— În mod preponderent familiile de origine ale celor doi soți, dar într-o măsură relativă și modelul social de

familiei promovat de mass-media, cel perceput de ei în alte familii, rămânând, desigur, loc și pentru o parte inedită, originală, ineputabilă de organizare și derulare a vieții de familie, pentru că cei doi parteneri sînt ființe unice și irepetabile ca istorie personală și structură biologică și psihologică (temperamental, caracterial, aptitudinal). Aș adăuga că noi, acum, în această discuție, venim cu imaginea propriei familii sau cu un model la care aspirăm.

— Există „contraindicații” psihologice în constituirea unei familii?

— În general „contraindicațiile” absolute sînt puține și țin de vîrsta minimă a căsătoriei, de starea de sănătate a viitorilor soți, de gradul de rudenie etc. Dar „recomandările” sînt multe și se referă la existența unui sentiment de dragoste intens și statornic față de viitorul partener de viață; minimă dezvoltare a spiritului de responsabilitate socială și individuală; o anumită capacitate de decizie asupra alternativelor de viață; disponibilitatea psiho-socială de a crește și educa copiii; vîrsta echilibrată a ambilor parteneri; pregătirea școlară și profesională apropiată; baza materială minimă „de debut”; integritatea biologică pentru a putea avea relații sexuale normale; aspectul fizic etc. Pe scurt, ar fi vorba de o compatibilitate biologică, psihologică și socială — în sens larg — între viitorii soți.

— Ce schimbări antrenează actuala structură socială și valorile vehiculate de ea în constituirea familiei?

— Marea mobilitate socială, industrializarea, urbanizarea, radicalele transformări în structura și modul de organizare a societății rurale, diversitatea contactelor interprofesionale cerute de activitatea de muncă și viață cotidiană,

precum și sporirea posibilităților de contact interetnice duc inevitabil la constituirea de cupluri extrem de diverse, neomogene, inedite, dar prin aceasta nu mai puțin trainice și fertile. Totuși, criteriile de referință mai stabile rămîn nivelul de instruire (sanționat sau nu prin diplomă), domeniul de activitate profesională și vîrsta (pentru că majoritatea căsătoriilor se stabilesc între indivizi de sexe opuse care au crescut, studiază și muncesc împreună).

— Adesea, într-o familie nou constituită intervin distructiv socrii. Vă rugăm să vă referiți la implicațiile independenței psihologice, sociale și economice ale membrilor unui cuplu familial nou format.

— Atitudinea parentală, prin ea însăși, este infantilizantă pentru copii, așa că odată cu căsătoria se produce un proces rapid de maturizare psiho-socială, crește spiritul de responsabilitate și capacitatea de decizie, sporește potențialitatea de relaționare socială cu grupuri noi de rude și prieteni. Independența economică presupune dezvoltarea spiritului gospodăresc, de economisire și de ierarhizare a nevoilor individuale și familiale.

— Se poate vorbi de o „aptitudine” a „vieții în doi”?

— Desigur. Aceasta constă în capacitatea partenerilor de a se modela reciproc, de a-l înțelege și accepta pe celălalt ca o structură de personalitate distinctă și care trebuie respectată, de a-și propune și realiza scopuri, idealuri și necesități comune; în ultimă instanță, aptitudinea vieții în doi presupune capacitatea partenerilor de a se adapta psihologic la cerințele vieții de familie, procesul adaptării implicînd uneori și renunțări. Ea presupune echilibru, dominarea tendințelor centripete (egoiste), căldură umană, dobîndirea sau consolidarea unor priceperi,

deprinderi și obișnuințe presupuse de nevoile zilnice ale familiei (pregătirea hranei, curățenie, cumpărături etc.), implică în aceeași măsură crearea de obiceiuri, tradiții și sărbători proprii familiei.

— Presupune viața de familie și nașterea unui spirit de competiție între soți?

— Ca în orice alt domeniu, competiția interumană are un rol dominant pozitiv, implicînd progres, dezvoltare, perfecționare. Competiția între soți — înțeleasă ca o activitate de ridicare permanentă a nivelului profesional, cultural, intelectual în general — este benefică pentru ambii parteneri, atît timp cît în derularea ei „învingul” nu este un pierzător, nu se consideră și nu este considerat ca atare de celălalt. Competiția poate îmbrăca și forme negative atunci cînd are ca scop elemente neesențiale ale vieții de familie sau cînd devine scop în sine, caz în care atmosfera familială devine inevitabil conflictuală.



— Ce schimbări și relații mai antrenează apariția copiilor?

— Copiii sînt principalul factor de soliditate a fami-

liei în timp și ei fac ca relația soț-soție să se transforme în cea de tată-mamă, care este o relație de sînge, spre deosebire de prima care este o relație bazată pe afecțiune. O relație nouă este și aceea părinți — copii, eventual frați — surori.

În această nouă și fericită conjunctură de viață părinților le revin o serie de îndatoriri față de copiii proprii, legate de faptul că aceștia au în mod legal sau moral o serie de drepturi cum ar fi: dreptul la viață, la un nivel decent de condiții materiale (în limitele veniturilor familiei lor), la educație, instrucție și îndrumare profesională la o modelare morală și etică în conformitate cu normele sociale general acceptate.

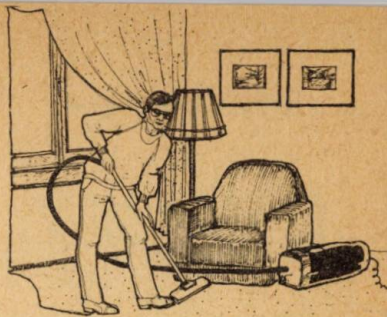
— Uneori familia trece printr-o situație de criză; care sînt cauzele și cum se rezolvă o astfel de eventualitate?

— O situație de criză familială este o conjunctură, uneori aparent fără ieșire, generată de o serie de evenimente majore, cum ar fi: conflicte acute și repetate între parteneri, boala gravă a unuia dintre soți, decesul unor rude apropiate, probleme profesionale majore, pierderi materiale serioase. Majoritatea acestor situații (cu excepția conflictelor percepute ca ireconciliabile între soți) sînt rezolvabile în timp (de către înșiși membrii familiei, de părinții cuplului, prieteni, colegi) și nu pot afecta familia esențial, în caracteristica ei de celulă socială. Oricum, pentru evitarea unor asemenea situații este nevoie de tact, răbdare și inteligență, care, adăugate dragostei, reprezintă o sumă de „aptitudini” pentru fericirea familială a celor doi soți.

Ion DUMITRU



DE LA IGIENA LOCUINȚEI LA SĂNĂTATEA FAMILIEI



„Unde nu intră soarele, intră medicul”, dicton pe cît de vechi pe atît de actual. O locuință curată, igienic întreținută, adică bine aerisită, cu praful zilnic îndepărtat, cu lenjeria de pat zilnic aerisită, cu o desăvîrșită ordine și curățenie în bucătărie — laboratorul casei — asigură în primul rînd sănătatea celor ce o locuiesc.

Pentru ca locuința să ne ofere un microclimat confortabil, sanogen, în care să ne regăsim cu plăcere după orele de serviciu, și în care în minimum de timp să rezolvăm treburile ce nu pît fi amînate pe a doua zi, tocmai din motive de sănătate, trebuie să știm cum s-o mobilăm și cum să plasăm mobila, ce dimensiuni să aibă covoarele, cît e sau nu e de necesar să avem lustre supraîncărcate, tablouri multe etc., etc.

Pentru cei ce sînt la început de drum, pentru cei ce intră într-o nouă locuință, oferim în cele ce urmează cîteva sugestii ce se vor în special sfaturi sanogene:

Preferăți culori în nuanțe pastelate pentru zugrăvirea pereților. Ele conferă luminozitate și dau senzația de spațios. Radiatorul de calorifer se vopsește într-o culoare mai apropiată de culoarea pereților lîngă care e așezat. Pentru a evita îngrijirea pereților din dreptul radiatoarelor este bine ca acestea să fie zilnic șterse de praf cu o cîrpă ușor umedă.

Preferăți mobila pe picioare mai înalte, deoarece se poate ușor înlătura praful de pe podea.

Nu vă lăsați tentați să îngrămădiți mult mobilier, deoarece ocupă spațiul, vă îngreunează efectuarea curățeniei, iar ca estetică dă impresie de încărcat, sufocant. Cu cît avem mai multe piese de mobilă în încăpere cu atît avem aer mai puțin.

O casă fără perdele e goală; ele îmbogățesc încăperile cînd cad în falduri bogate și sînt bine aranjate. Pentru ca o perdea să cadă frumos ea trebuie să aibă în lățime de 3 ori lățimea ferestrei.

Lumina din încăpere influențează atît buna dispoziție cît și sănătatea. Atmosfera de calm, intimitate pe care trebuie s-o degajeze un interior seara depinde de intensitatea și de felul cum e distribuită lumina. În afara lustrelor, lămpile de masă și lampadarele sînt frumoase, funcționale, economicoase și sănătoase.

Covorul se alege ținînd seama de dimensiunea camerei cît și de genul și culoarea tapiteriei și mobilei. Mocheta dă o eleganță aparte încăperii și presupune mobilă puțină.

Cu cît o cameră este mai puțin încărcată, cu atît pare mai mare, mai luminoasă, mai elegantă. Mobila îmbrăcată într-un material înflorat se potrivește cu un covor al cărui desen e cît mai simplu, eventual cu mocheta uni.

Camera copiilor va fi cea mai luminoasă. Pereții vor fi zugrăviți în culori deschise. Se vor pune doar obiecte necesare confortului lor. Se va lăsa mult spațiu liber pentru a le da posibilitatea să se joace în voie. Fiecare copil va avea patul sau. Se vor evita saltelele sau somierele prea moi pentru a nu produce devieri ale coloanei vertebrale. Dulapul va fi încăpător, rațional împărțit. Sînt necesare etajere cu sertare pentru rechizite școlare și jucării. Masa de lucru va fi adecvată înălțimii copiilor și va primi lumina din stînga.

Bucătăria, cu dulapuri suspendate, în care ustensilele sînt așezate de sus în jos în funcție de frecvența utilizării lor, este laboratorul locuinței. Fereastra va avea o sită pentru a evita pătrunderea muștelor, sită ce se curăță regulat cu o cîrpă udă, după care se limpezește cu o altă. Masa, așezată lîngă un perete, va fi totdeauna liberă. Resturile menajere se înlătură imediat. Chiuveta nu va avea niciodată vase nespălate, surse de hrană pentru gîndaci.

Întreținută cu multă atenție și grijă pentru respectarea rigorilor igienei, locuința noastră, microclimatul spre care ne grăbim să ajungem cît mai repede, reprezintă locul care, prin contribuția întregii familii, ne oferă condiții de relaxare, de odihnă, de bucurie...

CE E NOU ÎN MODĂ?

De cele mai multe ori „nou” înseamnă „retro”, linii, detalii, lungimi numai aparent uitate, ce revin din nu se știe ce motive. Așa, de exemplu, reapare pantalonul larg și foarte larg sus, gen fustă sau pijama, ce amintește de anii '70. Lungimea mini se menține, deși se adresează mai ales tinerelor, în sezonul cald. Această îndrăzneală „lungime” este puternic ancorată de pantalonul despre care v-am vorbit și de fustele și rochiile ample și lungi, chiar până la gleznă.

Ca linii, persistă cea „balon” ca și cea „trapez”, mai nouă și adecvată stilului „mini”.

Taiorele cu fuste sau pantaloni vor fi sortimente pentru toate sezoanele fie cu jachete lungi, cu alură masculină, fie foarte scurte, amintind uneori de vesta bărbătească.

Rochiile, ca și bluzele, vor fi feminine și rafinate, din materiale fluide, transparente, cu gulere mari, volane, jupoane și siluete foarte apropiate de corp.

Ca imprimeuri apar multe uniuri, cu dungi, buline, precum și flori „gigante” stilizate, iar în paleta coloristică albul - ca tonalitate absolută -, bejul, culoarea fildeşului, dar și pasteluri fine alături de tonuri intense: roșul, oran, galben (planșa 1).

Moda sezonului rece se poate adapta destul de ușor și ținutei pe care o denumim cu un termen larg „pentru serviciu”, gândindu-ne de fapt la cele opt ore petrecute în cele mai diferite locuri de muncă.

Vă propunem două modele de veste ce sînt concepute pentru a imbrina modernul cu comodul și cochetăria cu nevoia de căldură. Din materiale călduroase - stofă, catifea, tricot, tercot - dublate sau matlasate, cu croieli mai ample sau mai apropiate de corp - în funcție de siluetă și preferință - aceste veste nu trebuie să lipsească din garderoba sezonului rece. Cînd alegem materialul trebuie să ne gîndim la posibilitatea asortării lui cu majoritatea fustelor (sau/ și a pantalonilor) din garderobă, cu pulovere,





bluze ș.a. pentru a putea realiza cu minimum de efort mai multe complexuri cochete și călduroase pentru acest sezon și nu numai (planșa 2)

Pentru ocazii festive se menține aceeași silueta feminină cu umerii accentuați sau, dimpotrivă, decoltați, cu talia foarte marcată chiar de șaluri (planșa 3).

Ca sortimente, vă propunem pantalonul colant asociat cu o bluză foarte transparentă, taiorul cu fusta foarte scurtă sau rochia elegantă cu ampoare la mineci și godeul fustei.

În materie de stiluri, se vorbește mult de unele influențe orientale, podoabele mari, grele, imprimeurile, șalurile, pantofii cu fir și mărgelile trădând dorința creatorilor de a ne aminti de „O mie și una de nopți”. Păreră noastră este că vor dura mai puțin, schimbarea fiind în modă pe cit de rapidă, pe atât de seducătoare.

Maia FLOREA
Schife: **Mihaela ILINCA**

• După ultimele cercetări, arta mumificării are o vechime mai mare de 6000 de ani • În Roma antică cei bolnavi de tuse erau puși să citească cu voce cit mai tare citeva zeci de cuvinte fără să se oprească. • Grecul Herafilos din Calcedonia este primul medic care, la sfârșitul secolului 4 e.n., stabilește diagnosticul și prin luarea pulsului • Confratele său Erasistratos intuiește rolul vaselor capilare dar emite și falsa ipoteză după care arterele ar conține aer și doar venele sînge • La 1676 spîterii din localitatea franceză Alois au protestat indignați împotriva sentinței judecătorești orășenești date „...în favoarea a două femei, numite Denis și Maurice, cărora li s-a dat voie, spre paguba noastră, să facă spălături în tot orașul”. Pînă atunci efectuarea clismelor fusese un privilegiu al bărbatilor spîterii • Cu peste 200 de ani în urmă fumătorii din orașul maghiar Esztergom erau obligați de către primărie să achite un impozit pentru...fum • Mar-chiza de Pompadour a rămas cunoscută în epocă și pentru originalitatea ultimei dorințe. Presimțindu-și sfîrșitul, ea a cerut să fie îmbrăcată cu cea mai luxoasă toaletă, coafată, fardată și parfumată, ca pentru a merge la un mare spectacol sau bal. Așa a aflat-o moartea. • În secolul al XVII-lea protocolul prevedea ca cei circa 100 de medici parizieni să-și viziteze bolnavii sosind călare pe măgărită și purtînd o largă pelerină peste roba neagră. Cel care venea pe jos ori îm-bărcat altfel nu era considerat un doctor de încredere • În tinerețea sa Petru cel Mare învățase de la felcerii olandezi meșteșugul scoaterii dinților betegi. Rein-tors în țară, el a făcut o adevărată pasiune pentru această indeletnicire. Astfel, la Muzeul de curiozități din Petersburg exista expus pe vremea lui un săculeț cu dinții extrași familiei sale, sfetnicilor ori marilor boieri • De mic, Alexandru Ioan Cuza a dorit să se dedice profesiei de medic. Așa se face că după luarea bacalaureatului la Sorbona, în 1835, s-a înscris la Facultatea de medicină din Paris. Dar, după primul an de studiu, el a trebuit să se retragă și să urmeze dreptul deoarece, fire emotivă, nu-și putea păstra singele rece în sălile de disec-



BLOC-NOTES

DE-A LUNGUL TIMPULUI

ții • În 1891 lui I.L. Caragiale îi mor de boli contagioase una după alta cele două fițe: Agatha - de 4 luni și Ioana - de un an și 4 luni. După pierderea lor, marele scriitor a manifestat o stranie manie: schimba cit mai des locuințele, convins că numai procedînd așa familia lui va scăpa de boli • Prima revistă medicală din țara noastră a apărut în 1859 la București și se intitula „Medicul român” • La 23 ianuarie 1896 fizicianul german Wilhelm Konrad Roentgen, descoperitorul miraculoaselor raze X ce-i vor purta numele, realizează cu ajutorul lor - în premieră mondială - radiografia minii soției sale. În același an 1896, medicul chirurg Constantin Dimitrescu-Severeanu introduce radiologia medicală în cadrul spitalului-bucureștean „Coltea”. • În 1927 un profesor al Facultății de medicină din Paris a ținut la Biblioteca Centrală de Stat o conferință pe parcursul căreia a încercat să-și convingă auditoriul - format din artiști, medici și studenți - că geniul muzical al lui Beethoven își avea originea în... ciroza de care suferise compozitorul • Americanca Linda Thompson este deținătoarea recordului absolut al numărului de căsătorii. Pînă la vîrsta de 92 de ani Linda s-a prezentat în fața ofiterului stării civile de 56 de ori! • Pentru a intra în pielea medicului legist din filmul „Wolfen”, actorul Gregory Hines a frecventat zilnic, timp de trei săptămîni, o morgă, asistînd la 150 de autopsii • Datorită presiunii atmosferice, de la înălțimea de 19 km lichidele încep să fiarbă spontan la temperatura de 37 de grade Celsius. Este cunoscut sfîrșitul tragic al unui pilot de încercare: intrînd în cabina barocamerei fără costumul protector, imprudentul aviator a dorit să știe pînă la ce altitudine poate rezista numai cu masca de oxigen; la peste 19 km singele său a început să fiarbă instantaneu, spîrgîndu-i organele și trupul • Pînă la impactul carei vîrtej poate rezista organismul uman? Greu de răspuns. Oferindu-se singur, în 1954, colonelul medic John Stapp, lansat cu un tren de rachete avînd 1010 km/h, a fost frînat prin radiocomandă în 30 de metri. Incredibil, dar temerarul voluntar a suportat extraordinarul impact alegîndu-se numai cu două coaste rupte • În 1988 pe piața occidentală a fost lansat un original disc. În loc de muzică, pe el se aflau înregistrate bătăile inimii actriței Rita Hayworth, preluate cu stetoscopul. Admiratorii foștei sexsimbol al S.U.A. din anii 40 l-au cumpărat pînă la ultimul exemplar • În martie 1963 biologii americani de la Universitatea din Oklahoma au făcut o descoperire neașteptată. Ei au constatat că celulele pielii mummiei prințesei egiptene Mene, moartă cu cîteva mii de ani în urmă, erau apte de viață • În anul 1965 televiziunea sovietică a provocat senzație arătînd doi cliini care, după ce timp de o săptămînă au fost supuși unei temperaturi foarte joase, au fost dezghețați și filmați cum se jucau de parcă nu ar fi fost supuși unei asemenea neobișnuite experiențe.

Aurel CODREANU

MĂSURI IGIENICO-DIETETICE LA COPIII DIABETICI, HEPATICI ȘI RENALI



În patologia pediatrică, terapia începe întotdeauna cu măsurile igienico-dietetice și se continuă cu medicația.

Măsurile igienico-dietetice (regimul de viață și regimul dietetic) împreună cu tratamentul medicamentos formează un cuplu terapeutic.

Cu ajutorul unui regim igienico-dietetic corect și bine aplicat se pot obține vindecări în multe afecțiuni ale copilului fără nici o terapie medicamentoasă sau, în orice caz, mult mai ușor și mai bine decât numai printr-o terapie medicamentoasă.

În prezentarea de față vom puncta cele mai necesare măsuri igienico-dietetice recomandate copiilor cu diabet zaharat, afecțiuni hepatice cronice și afecțiuni renale.

DIABETUL ZAHARAT

Este o boală cronică, ce apare ca o consecință a unei tulburări a metabolismului glucidelor (dar și grăsimilor și proteinelor, secundar), caracterizându-se prin incapacitatea utilizării glucozei la nivelul țesuturilor organismului.

Scopul terapiei diabetului zaharat la copil este de a aduce glicemia (glucoza în sânge) la valori apropiate normalului, de a scădea cât mai mult glucozuria (glucoza în urină), de a suprima acidoctoza (tulburare metabolică principală), de a permite creșterea și dezvoltarea, pe cât posibil, normală a copilului.

Dar pentru a obține aceste rezultate este necesar să se asocieze Insulina (hormon pancreatic secretat de celulele insulelor Langerhans) la măsurile dietetice. Totodată, schema terapeutică trebuie să țină seama de specificul vârstei copilului și să se bazeze, în cât mai mare măsură, pe coopera-

rea cu familia.

Programul optim este acela care permite micului diabetic o viață cât mai apropiată de normal, fără restricții inutile și traumatizante. De aceea, educația copilului diabetic și a familiei este un aspect foarte important în tratamentul de durată și trebuie privit ca un proces continuu, pe toată durata urmării bolii de către medic. Aceasta presupune asigurarea îngrijirii copilului diabetic la domiciliu de către familie. În acest sens, părinții vor fi instruiți în ceea ce privește: efectuarea injecțiilor cu seringi speciale; dozajul insulinei; sterilizarea corectă a seringilor și a acelor utilizate; efectuarea corectă a reacțiilor calitative pentru glucoză și corpi cetonici în urină; cunoașterea regimului dietetic; păstrarea legăturii cu medicul curant în vederea conducerii corecte a tratamentului.

Tratamentul dietetic de durată are două constante: orarul meselor și cantitățile de glucide consumate la mese.

Stabilirea aportului caloric al dietei și componentele optime în principii nutritive, ca și repartizarea glucidelor și calorilor pe mese se face după o serie de principii, pe care le vom prezenta în cele ce urmează:

Astfel, la copii necesarul de calorii pe 24 de ore este de 1 000 calorii, plus $100 \times \text{vârsta}$ (în ani). Exemplul: la 8 ani = $1\,000 \text{ calorii} + (100 \times 8) = 1\,800 \text{ calorii}$.

Compoziția în principii nutritive a dietei va avea în vedere faptul că: $1/6$ din calorii se obțin din proteine, $1/2$ din calorii din lipide și $1/3$ din calorii din glucide.

Repartizarea calorilor pe prânzuri va fi de $1/4$ din calorii la masa de dimineață, $1/2$ din calorii la masa de prânz, $1/8$ din

calorii la masa de seară, $1/8$ din calorii seara la culcare.

Alte principii ale dietei de durată în diabetul zaharat se referă la familiarizarea bolnavului și/sau a familiei cu unitățile de măsură culinare (cum ar fi ceașca de 240 ml, lingura și lingurița rase), consumarea de alimente obișnuite dar în cantități strict permise în regim (nu există alimente speciale pentru diabetici), bolnavul să știe să-și varieze regimul, înlocuind în cadrul unei prescripții dietetice standard un aliment cu echivalentul său dintr-un alt aliment ales. Acesta este principiul echivalențelor. Pacientul are la dispoziție o listă de echivalențe (pentru lapte, fructe, piine, carne, grăsimi) cu ajutorul căreia își poate stabili meniul zilnic).

Exemple:

1 echivalent de lapte (240 g lapte = o cană): 8 g proteine, 10 g lipide, 12 g glucide, 170 kcalorii.

240 g lapte (o cană) este echivalent cu: $1/2$ cană lapte condensat, $1/4$ cană lapte praf integral, o cană iaurt.

1 echivalent de piine (15 g glucide, 2 g proteine, 68 kcalorii) echivalează cu: o felie de piine de 25 g, 100 g mămligă, 100 g cartofi pireu.

1 echivalent de carne (7 g proteine, 5 g lipide, 73 kcalorii) corespunde cu: 1 ou, 30 g carne (pui, vită, porc slab, ficat), 45 g șuncă slabă, 45 g brânză de vaci, 30 g cașcaval.

Sînt de făcut o serie de sublinieri practice: există restricție doar în ce privește cantitățile de glucide ce trebuie consumate obligatoriu la mesele stabilite. Pentru asigurarea unei diete variate se folosește, după cum s-a arătat, sistemul „echivalențelor”, adică al preparatelor dietetice cu același conținut de glucide în-

terșanjabile. Alimentele ce conțin glucide se divid în trei categorii: simple (zaharuri pure, fructe), complexe (amidon, piine) și lapte. Bolnavii trebuie să știe că îndeosebi consumarea alimentelor din grupul „simplu” duce la o absorbție rapidă a glucidelor și la variații (creșteri) bruște ale glicemiei. Alimentele cu conținut bogat proteic (carnea) și

grăsimile pot fi consumate practic fără restricție, ele neconținând virtual glucide (aceasta în cadrul unui regim rațional și echilibrat în general); la copilul diabetic, în special, dieta trebuie să aibă o mai mare larghețe, în situații speciale (cu ocazia unei aniversări) putîndu-se apela la unele prăjituri, înghețată, ciocolată dietetice.

AFECTIUNI HEPATICE CRONICE

● HEPATITELE CRONICE

Hepatitele cronice, boli inflamatorii hepatice, de etiologie predominant virală, constituie un continuum de stări patologice între hepatitele acute, pe de o parte, și cirozele hepatice — termenul final de evoluție al hepatopatiilor cronice —, pe de altă parte.

Conform datelor existente, între 1,5 și 7% din hepatitele acute virale se cronicizează.

Cele mai frecvente și reprezentative forme de hepatite cronice sînt hepatitele cronice cu virus B și non A — non B.

Există două forme principale de hepatită cronică: persistentă și activă (agresivă), ultima, cu subtipurile A (cu activitate moderată) și B (cu activitate marcantă).

Cel mai important aspect al terapiei hepatitelor cronice îl reprezintă definirea strategiei terapeutice, codificarea schemelor de tratament în funcție de forma clinică, de etiologie, de momentul evolutiv al bolii, de prezența unor complicații specifice ș.a. Și aici, un rol important în terapia hepatitelor cronice îl prezintă măsurile igienico-dietetice.

În acest cadru se disting regimul de activitate al copilului bolnav și dietetica.

Repausul psihic și fizic constituie un principiu terapeutic de bază în hepatita cronică, acționînd favorabil prin ameliorarea circulației hepatice, diminuarea încărcăturii funcționale, inclusiv a circulației de metaboliți rezultați din activitatea musculară și favorizarea regenerării hepatocelulare. O cerință obligatorie în stabilirea regimului de activitate este aceea de a evita limitările excesive, nejustificate și invalidante psihic, adaptînd în mod dinamic regimul în funcție de forma clinică și momentul evolutiv al bolii. Astfel, în hepatita cronică activă (agresivă), cu semne marcate de activitate, ca și în perioadele icterice, este obligatoriu repau-



sul permanent la pat (repaus de tip sanatorial), timp de 6—8 luni. În cazul în care evoluția hepatitei cronice active (agresive) se face spre stabilizare, se va permite în primul an de tratament activitate moderată în cameră sau în aer liber (scurte plimbări), păstrînd 14—15 ore de odihnă la pat pe zi (12 ore noaptea și 2—3 ore după amiaza), întrerupînd temporar activitatea școlară. În al doilea an de tratament, dacă evoluția bolii este în continuare favorabilă, se va permite școlarizarea la domiciliu, cu minimum de efort fizic și intelectual.

În hepatitele cronice persistente (forme stabilizate, inactive) se recomandă timp de 1—2 ani din momentul începerii tratamentului 8—12 ore de repaus la pat pe zi, din care 1—2 ore după amiaza, program redus de școlarizare, scutire de activități suplimentare (excursii, activități sportive, cor, lucru în ateliere școlare ș.a.).

Adaptarea individuală a regimului de activitate se va face în funcție de starea funcțională a ficatului, în condițiile unei supravegheri clinice și de laborator atente și periodice, regimul trebuind să fie cît mai flexibil pentru a nu transforma bolnavul într-un invalid psihic.

Dietetica bolnavilor cu hepatită cronică trebuie să fie complexă, normocalorică, bogată în proteine, echilibrată și oferită sub forme care să stimuleze apetitul.

Grație cercetărilor întreprinse, vechile regimuri „de crușare” hepatică (regimuri cu valoare redusă, bogate în glucide, sărace în proteine) au putut fi definitiv abandonate, demonstrîndu-se a fi nu numai inutile, dar chiar și periculoase.

Din punct de vedere practic, se va ține seama de următoarele recomandări: alimentația se va adapta stadiului evolutiv al bolii, unor posibile complicații digestive (gastrite, insuficiențe pancreatice exocrine, colite, diskinezii biliare), unor terapii/ asociații (ex. corticoterapie), etc.;

mesele se vor administra la intervale regulate de 4—5 ore, pentru a evita supraîncărcarea metabolică a ficatului, ele trebuind să cuprindă concomitent toate principiile nutritive deoarece efectul anabolic devine maxim numai cînd alimentele energetice se asociază la aceeași masă cu substanțele plastice (în primul rînd proteinele); valoarea calorică a alimentației se va calcula pentru un aport de 100 kcal/kg/zi la copiii de peste un an și 50 kcal/kg/zi la copiii peste 10 ani; aportul de proteine va trebui să reprezinte 3,5 g/kg/zi la copilul mic și 1,5 g/kg/zi la copilul de vîrstă școlară. Vor fi recomandate în special proteinele de origine animală (carne, lapte și derivate, ouă), ele avînd o valoare biologică ridicată (conținut crescut de aminoacizi esențiali); se recomandă carne slabă sub formă de supe, rasol și grătar, evitînd prepararea la cuptor cu adaos de grăsimi; dintre brînzeturi vor putea fi recomandate brînză de vaci și brînzeturi slabe și nefermentate (caș, telemea desărată); se vor recomanda, de asemenea, ouăle proaspete (fierite moi sau preparate dietetic).

Glucidele din dietă vor trebui să reprezinte 8—10 g/kg/zi, în special sub formă de făinoase (piine albă, preparate din aluat, orez, grîș), legume, zarzavaturi, fructe sau dulciuri concentrate (miere, gem, dulceață), ultimele preferabil sub formă de preparate dietetice de casă.

Lipidele vor trebui să reprezinte 2—3 g/kg/zi, fără a depăși 20—25% din valoarea calorică a alimentației (risc de acumulare hepatică și steatoză!); se vor recomanda grăsimile vegetale bogate în acizi grași polinesaturați (margarina, uleiul de măsline, germeni de porumb, floarea soarelui), administrate proaspete ca adaosuri la salate, legume fierte etc., evitînd folosirea lor sub formă de prăjeli; dintre grăsimile de origine animală pot fi recomandate frișca și untul în stare proaspătă.

Suplimentarea aportului de vitamine nu este, de regulă,

necesară atît timp cît alimentația este suficient de variată; în situații speciale poate deveni necesară administrarea (în scop terapeutic și nu pentru asigurarea necesarului fiziologic) de vitamine din grupul B, vitamina C și vitamina K.

Aportul de lichide va fi liber (excepție: prezența edemelor, ascitei), preferîndu-se administrarea între mese (evită diluția sucurilor digestive); aportul de sare va fi restrîns la 4—5 g/zi, calculînd și sarea conținută în alimente, eventual suplimentat cu 2—3 g/zi sare fără sodiu; restricția de clorură de sodiu va fi mai severă în timpul corticoterapiei, cînd este indicat și un aport suplimentar de clorură de potasiu.

Principalele interdicții ale dietei se referă la alimentele conservate de orice fel: mezeluri, afumături, brînzeturi fermentate, condimente, mîncăruri grase, varză, fasole uscată (greu digestibile), alcool ș.a.

O cerință generală a dietei hepatice este prepararea variată, gustoasă a alimentelor, cu scopul de a stimula apetitul.

● CIROZELE HEPATICE

Cirozele hepatice constituie etapa finală a unor variate forme de leziuni hepatice. Cel mai frecvent, cirozele sînt o complicație directă a hepatitelor acute cu leziuni de necroză hepatică masivă sau ca o evoluție a hepatitei cronice agresive (active) cu virus B sau non A — non B.

Măsurile igienico-dietetice în cirozele hepatice sînt similare cu cele din hepatitele cronice; trebuie făcute însă următoarele precizări: necesitatea unei diete echilibrate cu aport proteic suficient pînă în momentul decompensării cirozei cu instalarea de manifestări neurologice (encefalopatia portosistemică), pentru a menține pe cît posibil ritmul normal de creștere și starea de nutriție a copilului; restricția temporară a aportului proteic, cu reluarea progresivă, pînă la cantitatea maximă tolerată, în

condițiile instalării encefalopatiei portosistemice; aport adecvat de electroliți (în special de Na^+ și K^+).

AFECCIUNI RENALE

● GLOMERULONEFRITA ACUTĂ POSTSTREPTOCOCICĂ

Este cea mai frecventă glomerulonefrită acută postinfecțioasă întâlnită la copil (între 50 și 94% din toate glomerulonefritele acute postinfecțioase). În această afecțiune, regimul igienico-dietetic este de o mare importanță în evoluția spre vindecare.

Se recomandă internarea în spital a tuturor cazurilor, indiferent de forma clinică, date fiind posibilitățile apariției imprevizibile a unor complicații severe. Repaosul la pat este indicat în faza acută a bolii, când există hematurie macroscopică, edeme, hipertensiune arterială și supraîncărcare cardiovasculară, retenție azotată. Pe măsura intrării în faza de ameliorare, activitatea se reia progresiv în cameră. La intrarea în faza de convalescență bolnavul se externează, cu indicația de a relua școlarizarea și — progresiv — activitatea fizică, excluzând jocurile și activitățile fizice violente. După afirmarea vindecării depline sau „cu defecte”, copilul își poate relua în întregime activitățile corespunzătoare vârstei.

În faza oligoanurică (când bolnavul urinează foarte puțin) se recomandă restricție de lichide la 300—500 ml/m²/zi plus diureza zilei precedente (cantitatea de urină eliminată pe 24 ore), excluderea sodiului din alimentație, evitarea alimentelor bogate în potasiu (fructe și legume), asigurarea unui minimum caloric de 300—400 kcal/m²/zi pentru a reduce catabolismul (arderile) proteinelor tisulare. Necesarul caloric va fi asigurat prin aportul de glucide (sub forma dulceașurilor, gemurilor de fructe, șerbeturilor preparate în casă, zahărului, mlerii de albine, fructelor) și a lipidelor (frișcă, smântină, unt proaspăt).

În cazurile în care aportul pe cale bucală este imposibil din cauza vărsăturilor, lichidele vor fi administrate sub formă de soluție de glucoză 20—30% prin perfuzie plasată într-o venă centrală. Proteinele vegetale și animale vor fi excluse din alimentație în perioada când copilul bolnav prezintă retenție azotată (ureea, acidul uric și cretinina crescute în sânge).

Pe măsura reluării diurezei și a scăderii azotemiei se îmbogățește treptat regimul, introducându-se inițial proteine vegetale (orez, griș, macaroane, piine fără sare), apoi și proteine cu valoare biologică înaltă (brinză de vaci, carne, ouă, în final laptele).

În perioada de convalescență regimul va fi normocaloric, normoproteic, bogat în vitamine, păstrându-se o moderată restricție de sare (1—2 g/zi, în afara clorurii de sodiu adusă de alimente).

După ce s-a obținut vindecarea (în formele comune în 6—8 săptămâni), regimul alimentar va fi normal, adaptat vârstei copilului.

● SINDROMUL NEFROTIC

Măsurile igienico-dietetice au o valoare deosebită în sindromul nefrotic. Repaosul la pat este indicat doar în perioada de edeme severe, în cazul infecțiilor intercurrente sau al scăderii ponderale rapide, consecutiv instalării diurezei. În general, regimul de activitate este în funcție de capacitatea de efort individuală. În dată ce perioada acută a bolii a cedat, se recomandă mersul prin cameră și ulterior la școală, cu condiția ca bolnavul să nu obosească.

Regimul dietetic cu restricție de sare (sau hiposodat) este indicat în caz de edeme masive, în faza oligurică (când copilul urinează puțin) și în prezența hipertensiunii arteriale. După ce se instalează diureza nu mai este indicată dieta strictă; se recomandă asigurarea unui aport proteic bogat, introducându-se în alimentația zilnică laptele, piinea, brânza de vaci, fructele și legumele proaspete etc. Res-

tricția de sare se păstrează în continuare, fără să se limiteze cantitatea de lichide. Se recomandă un aport zilnic de vitamine, ca și un bogat aport de glucide (4—8 g/kg/zi, în funcție de vîrstă), pentru a limita catabolismul proteic. Una din caracteristicile dietei în sindromul nefrotic este aportul proteic general (2—3 g/kg/zi, în special sub forma proteinelor animale și vegetale cu valoare nutritivă ridicată). Este indicată și o restricție moderată a grăsimilor, în special a celor animale, cu conținut bogat în colesterol și trigliceride. O caracteristică importantă a dietei este și aspectul variat și gustos, destinat stimulării apetitului și asigurării unui aport dietetic bogat în proteine.

În cadrul măsurilor igienice o atenție importantă trebuie acordată îngrijirii tegumentelor, igienei atente a zonelor expuse (pleoape, plici, regiune ano-genitală), reducerii la minimum a traumatismelor pielii, schimbării frecvente a lenjeriei.

● GLOMERULONEFRITELE PERSISTENTE (CRONICE)

Termenul de glomerulonefrită persistentă (cronică) denumește o categorie de glomerulopatii care nu prezintă tabloul rapid reversibil (spre vindecare) al glomerulonefritelor acute postinfecțioase, și care progresează — pe un interval de ani de zile în general — către insuficiență renală cronică.

Măsurile în timpul episodului acut al bolii se suprapun peste celea descrise la glomerulonefrita acută poststreptococică.

În cursul evoluției, indicațiile igienico-dietetice constau în: regim normoproteic pînă în stadiul decompensat al insuficienței renale urinare, aport adecvat de Na^+ , K^+ , Ca^{++} , PO_4 , în raport cu pierderile urinare, aport de lichide în relație cu diureza, asigurarea

Prof. dr. Valeriu POPESCU

(Continuare în pag. 101.)

ERGONOMIE ȘCOLARĂ

Un corp sănătos este și frumos, asigurând, în același timp, buna funcționare a organelor interne. Printr-o poziție menținută mult timp aplecată sînt apăsăți plămîinii, inima, ficatul, stomacul, intestinalele etc., determinînd unele tulburări în funcționalitatea lor. De aceea, acasă, la școală, în orice activitate șezîndă, se indică a se păstra o poziție dreaptă a corpului. În bancă, la birou-masă etc. este bine a se ține capul drept (fără aplecări înainte, la dreapta sau la stînga), umerii să fie la aceeași înălțime, coatele să se reazeme deopotrivă pe bancă, masă sau birou; banca sau scaunul pe care se stă trebuie să nu fie prea înalte, ca picioarele să atîrne, dar nici prea scunde, ca să necesite strîngerea picioarelor; evitînd să ținem picior peste picior, vom menține coapsele la același nivel; de asemenea, este bine ca picioarele să se sprijine pe toata talpa. Spătarul băncii sau al scaunului trebuie să permită elevului să se poată rezema de el, menținînd între piept și pupitrul sau masă o distanță de cel puțin trei centimetri; contrar, prin rezematul pieptului de pupitrul sau masă se vor crea dificultăți în respirație și circulația sîngelui; de asemenea, se recomandă ca distanța de carte sau caiet să fie de cel puțin 30 de centimetri, pentru a nu influența negativ vederea elevului. Cartea sau caietul este bine să stea la mijloc (nici la dreapta și nici la stînga), iar tocul să fie ținut în dreptul umărului drept. De asemenea, se recomandă a se sta rezemat pe amîndouă picioarele, nelăsînd greutatea corpului cînd pe unul, cînd pe celălalt. Respectînd aceste reguli, vom evita a avea spatele încovoiat (cifoză sau scoloză) și umerii strîmbi, o miopie oculară progresivă, ca și predispoziția la alte boli.

Referitor la problema scrisului drept sau oblic, de mult timp numeroși pedagogi, medici oftalmologi și pediatri și-au exprimat păreri diferite. La scrierea dreaptă, unghiul format de

braț și antebraț rămîne neschimbat; brațul, antebrațul și mina se mișcă într-una în timpul scrisului; mișcările degetelor nu sînt suficiente, mușchii încheieturii fiind supuși la continue eforturi, care obosesc atît mina cît și atenția; automatismul este greu de obținut (după unii), de unde rezultă că scrierea dreaptă nu poate fi atît de rapidă ca cea aplecată.

Scrierea aplecată cere elevului să-și sprijine bine coatele pe masă, cotul drept rămînînd nemîșcat; pentru a trage o linie, antebrațul face o mișcare de rotație în jurul cotului. Cînd se scrie un cuvînt, degetele îndeplinesc mișcări de flexiune și extensie, iar încheietura mîinii se mișcă puțin; în scurt timp scrierea devine automată, elevul nemaivînd a se gîndi la desenul fiecărei litere, mușchii mîinii nu mai obosesc. Este indicat ca începutul fiecărui rînd să se găsească în dreptul corpului, cam pe o linie de mijloc; în timpul scrisului sau cititului capul (ca și ochii) execută o mișcare de translație de la stînga la dreapta, precum și una de întindere, deoarece sfîrșitul rîndului este mai îndepărtat decît începutul lui. Poziția ochilor este mai apropiată de scris la începutul rîndului și mai depărtată către sfîrșit. Scriînd litere drepte, amîndoi ochii sînt la aceeași distanță de caiet, pe cînd în scrierea cursivă-apelecată un ochi este mai îndepărtat de text decît celălalt, solicitînd un mai mare efort muscular și acomodativ. Unii medici oftalmologi au convingerea că dacă elevii vor sta dreapți la citit și scris, dacă literele scrise vor fi drepte și



● Pînă la vîrsta de 8 luni nivelul capacității vizuale a copiilor atinge valori apropiate de cele ale adultului. Întrucît calitatea vederii determină evoluția acesteia — au constatat cercetătorii din San Francisco —, corecția se impune, dacă e cazul, chiar înainte ca procesul de evoluție să se încheie. Nou născuții vor purta deci ochelari? Oftalmologii răspund: Dacă e cazul, se vor adapta ușor.

● Cei ce dorm adînc, în timpul somnului sforăie și sînt predispuși la boli de inimă. Cei ce dorm liniștit și fara sa sforăie, în timpul zilei se simt

foarte bine, nu suferă de insomnie și sînt de depresii. Aceasta a fost constatarea oamenilor de știință australieni, după îndelungate cercetări asupra unui mare număr de pacienți.

● Strănutul este ereditar? S-a constatat că unor oameni chiar o lumină puternică le provoacă strănutul. Cercetătorii de la Universitatea din Umea (Suedia) au studiat și examinat 460 de

CURIOZITĂȚI

cetățeni suedezi de ambele sexe și au constatat că 24 la sută dintre ei reacționează cu un strănut la o lumină puternică sau bruscă. O altă constatare a fost că în familiile în care unul sau ambii soți strănută des, 60 la sută dintre copiii acestora strănută și ei. În familiile unde părinții nu strănută, nu strănută nici copiii.

nu foarte mărunte, dacă vor respecta distanța de cel puțin 30 de centimetri, dacă vor avea o lumină satisfăcătoare, care să nu facă umbre, și să vină din spate și din stînga, vederea școlariilor nu ar mai fi atît de des compromisă.

Dr. Aurel ROSIN

PROFILAXIA CARIEI DENTARE

Caria dentară este un proces patologic fără echivalent în restul organismului. Dată fiind complexitatea cauzelor și variatele aspecte clinice pe care le poate lua ea, nu poate fi încadrată în nici una din entitățile patologice cunoscute. Din aceste motive prevenirea cariei dentare cuprinde un complex de metode care urmărește creșterea rezistenței țesuturilor dure dentare și combaterea factorilor cariogeni, vizînd astfel asigurarea stării de sănătate a dentiției.

Trebuie subliniat că acțiunea de combatere a cariei prin pregătirea unui teren rezistent începe de fapt încă din perioada de gestație, printr-o alimentație rațională a viitoarei mame. Această atitudine este justificată de faptul că dezvoltarea dinților temporari începe în luna a IV-a a vieții intrauterine. Regimul alimentar al mamei, atît în timpul sarcinii cît și al alăptatului (cel puțin 6 luni), va fi bogat în produse lactate, zarzavaturi și fructe. Este de preferat ca zarzavaturile și fructele să fie consumate crude sau sub formă de sucuri, pentru a nu distruge principiile alimentare (mai ales vitaminele, care sînt termolabile). Aportul suplimentar de săruri minerale sau vitamine este preferabil să se facă numai la indicația medicului specialist și sub stricta supraveghere a acestuia.

Pentru sugar alimentul cel mai complet este laptele matern. Lipsa acestuia impune o colaborare strînsă cu medicul pediatru pentru a asigura prin alimentația artificială principiile alimentare de strictă necesitate.

În perioada de preșcolar un copil are nevoie zilnic de 3-4 g proteine, 1-2 g grăsimi și 6-8 g glucide la 1 kg greutate corporală. Carența proteică determină o calcifiere defectuoasă a dinților datorită formării unei matrice organice de proastă calitate. Carența în grăsimi produce tulburări de calcifiere a dinților prin deficit în vitamina D. Folosirea excesivă a dulciurilor în alimentație a determinat creșterea ex-

plozivă a cariei dentare. Însă nu toate formele hidraților de carbon sînt la fel de periculoase. De aceea, profilaxia cariei trebuie să fie însoțită nu de interzicerea, ci numai de restrîngere-



rea consumului de glucide. Trebuie atrasă atenția asupra pericolului consumului de glucide între mese, mai ales în amestecuri lipicioase; deosebit de cariogene sînt caramellele, fondantele, prăjiturile, înghețata. Mai puțin periculoase sînt compoturile, siropurile, sucurile naturale. Se recomandă deci folosirea dulciurilor sub formă lichidă și la sfîrșitul mesei, după care este obligatorie spălarea dinților.

În profilaxia cariei dentare, dintre minerale calciul este cel mai important. Paralel cu calciul, se dezvoltă și nevoile de vitamina D. Necesarul de săruri minerale și vitamine crește continuu în raport cu vîrsta. În afară de aportul prin alimente, suplimentarea lor medicamentoasă se va face numai cu avizul și controlul permanent al medicului specialist.

În procesul care vizează creșterea rezistenței țesuturilor dure dentare la carie un rol însemnat îl are fluorul. În cursul formării dinților, el se depune în același timp cu calciul și fosforul. Pe acest mecanism se bazează administrarea lui generală prin fluorizarea apei potabile, a alimentelor, a sării de bucătărie, a laptelui etc. Dar prin aceste mijloace dozarea lui nu este posibil de controlat și rezultatele nu au fost pe măsura așteptărilor. Tabletele de fluor au dat rezultate mai convingătoare, dar necesită o administrare zilnică, de lungă durată (1-14 ani) și o strînsă supraveghere medicală pentru a evita supradozările și intoxicațiile.

Este cunoscută relația directă care există între excitarea prelungită a sistemului nervos

central și creșterea indicelui de frecvență a cariilor. În aceste situații profilaxia impune echilibrarea perioadelor de activitate cu cele de repaus, evitarea tensiunilor nervoase prelungite prin asigurarea unor condiții igienice de viață și muncă, tratamentul medicamentos de specialitate când este cazul.

Pentru combaterea locală a factorilor cariogeni beneficiem de mai multe posibilități. La îndemina oricui este favorizarea autocurățirii prin efortul de masticatie a alimentelor, fructelor și legumelor în stare naturală. Prin consistența lor, ele intervin la îndepărtarea de pe suprafețele dentare a depozitelor moi, aderente. Masticatia prelungită crește cantitatea de salivă secretată, care face ca spălarea mecanică a dinților să fie și mai eficientă.

Mijlocul principal pentru curățatul dinților este periajul. Metoda care asigură maximum de eficiență constă în periajul orizontal al suprafețelor triturate dentare și vertical, dinspre gingie înspre marginea dintelui, a suprafețelor laterale. Pentru mărirea eficienței profilactice, în paste de dinți firmele producătoare au încorporat diferite substanțe (produse amoniacale, clorofilă, fluor). Se mizează pe efectul local al acestora asupra smalțului dentar. Esențiale par să rămână însă tehnica, durata (cel puțin 3 minute) și momentul periajului. Cele mai bune rezultate sînt obținute de periajul efectuat după fiecare masă.

Apele de gură au o acțiune de curățire foarte redusă, dar prin componentele lor aromatice au o acțiune dezodorizantă iar unele dintre ele au efect calmant și ușor antiseptic.

Alte mijloace de igienă bucală (scobitori, firul de mătase) au o eficacitate igienică mai redusă. Utilizarea scobitorilor duce adesea la lezarea parodontiului marginal, anulînd relativa curățire pe care o produc.

O dată cu apariția dentiției definitive, omul modern este dator să se prezinte de cel puțin două ori pe an la un cabinet stomatologic. Se creează astfel posibilitatea de depistare precoce și tratare imediată a cariilor, precum și de prevenire a unor factori predispozanți cariogeni (anomalii de conformație și malpozițiile dentare, obiceiurile vicioase) sau de îndepărtare a altora (tartrul dentar, lucrări protectice incorecte).

În cabinetele de specialitate se mai folosesc și unele mijloace speciale de profilaxie anticariogene. Ele au la bază aplicarea de cimentări, lacuri sau geluri protectoare pe suprafața dinților. S-au folosit diferite preparate, dar rezultatele nu au fost cele scontate, pentru că nu toate suprafețele dentare sînt accesibile și aplicarea trebuie repetată cel mult la 6 luni.

Din cele expuse deducem că nici o metodă actuală de profilaxie nu este în stare să oprească complet apariția cariei dentare. Este necesar deci să recurgem la asocierea mai multor metode pentru a crește șansele reușitei.

Dr. Adrian PRIE



I. Newton



Ch. Darwin



G. Cuvier

COPII PREMaturi CARE AU AJUNS OAMENI CELEBRI

În trecut, copiii născuți înainte de termen, adică prematurii, aveau puține șanse de a trăi. Unii au trăit, în ciuda naturii, fără incubator. Printre ei se află oameni ca: Newton, Darwin, Cuvier, Voltaire, Rousseau, Napoleon, Hugo și Lamartine. Toți aceștia au fost copii prematuri, dar care au primit toate îngrijirile necesare la început, depășind etapele critice ale dezvoltării lor.

ISAAC NEWTON, mare matematician, fizician și astronom englez, s-a născut în 1642 prematur. Era un copil extrem de plăpînd și atît de mic încît, după cum povestea mama sa, a încăput într-un vas de o litră și cîțva timp a fost necesar să i se susțină capul cu o eșarfă legată în jurul gîtului. Cînd s-a făcut mai mare, nu avea putere să se joace cu ceilalți copii, avînd prea puțini prieteni de vîrsta lui. Singuratic fiind, ca să se distreze se amuza desîndînd și construind diferite jucării mecanice. Cu timpul însă, devenind un copil normal, a frecventat școala cu regularitate, însă a rămas sobru. Ca om matur a fost un bărbat sănătos și rezistent fizic și psihic, fiind capabil de eforturi mari în muncă. Prima realizare a lui Newton în domeniul matematicii a fost formula binomului care-i poartă numele. Cea mai de seamă contribuție a sa a fost „calculul infinitezimal”. El a enunțat legea atracției universale în opera sa „Principiile matematice ale filosofiei naturale” - lucrare care este baza mecanicii numite clasice. Deosebit de importante sînt lucrările lui Newton în domeniul opticii („Optica”). El a inventat telescopul cu oglindă și este descoperitorul „inelenelor” lui Newton. A fost membru și președinte al Societății Regale din Londra. A murit în 1727 în vîrstă de 85 de ani.

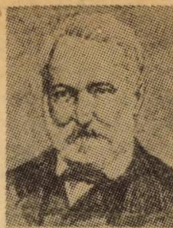
CHARLES ROBERT DARWIN, biolog englez, întemietorul biologiei științifice, s-a născut în 1809, fiind prematur. El a fost cel mai mic dintre cei cinci frați. A avut o copilărie singuratică. I plăcea să hoinărească pe cîmp și să-și imagineze că ar fi eroul unor aventuri temerare. Colecta de mic, cu pasiune, monede, peceti și diferite minerale. După terminarea liceului s-a hotărît să urmeze cariera ecleziastică, însă a renunțat și a urmat medicina. După absolvirea Universității din Cambridge soarta îi schimbă cursul carierei și la 22 de ani este invitat să ia parte la o expediție în jurul lumii la bordul corăbiei Beagle, în calitate de naturalist. În timpul călătoriei a adunat un vast material geologic, paleontologic, botanic, zoologic, etnografic etc. Rezultatul principal al călătoriei a fost că marele biolog s-a



Voltaire



J.J. Rousseau



V. Hugo



A. Lamartine



Napoleon I

convins de existența reală a procesului evoluției lumii vii. Darwin a lucrat mult în ultimii 40 de ani ai vieții. A publicat „Structura și răspândirea recifelor de corali”, „Observații geologice asupra insulelor vulcanice”, „Observații geologice asupra Americii de Sud”.

Lucrarea de bază, în care și-a expus concepția evoluționistă este „Originea speciilor prin selecție naturală sau păstrarea raselor favorizate în lupta pentru existență” – 1859. În lucrarea „Originea omului și selecția naturală” este demonstrată pentru prima dată științific originea animală a omului. Ultima parte a vieții și-a petrecut-o studiind plantele și a murit în 1882 la vârsta de 73 de ani.

GEORGES CUVIER, celebrul zoolog și paleontolog francez, s-a născut prematur în 1769. A fost îngrijit și educat în familie, fiind un copil neobișnuit de inteligent. S-a ocupat de timpuriu de istoria naturală și, la 19 ani, când împrejurările l-au silit să-și câștige existența, a avut puterea să-și continue studiile într-o localitate pe malul mării în casa unui elev al său. Acolo a petrecut 6 ani dînd lecții și scriind primele sale studii asupra anatomiei comparate, paleontologiei și a clasificării lumii animale. Datorită acestor scrieri a fost foarte bine primit la Paris, unde, de la vârsta de 25 ani, a făcut o carieră strălucită. A fost membru al Academiei de Științe din Paris; a formulat legea corelației speciilor. Bazîndu-se pe această lege, a reconstituit structura unor vertebrale fosile, pornind de la unele părți ale scheletului acestora. Principalele sale lucrări sînt: „Lecțiuni de anatomie comparată”, „Cercetări asupra osemintelor fosile”, „Regnul animal distribuit după organizarea sa”, „Istoria naturală a peștilor”. Cuvier a murit în 1832 în vîrstă de 63 de ani.

FRANÇOIS MARIE ROMET VOLTAIRE, mare gînditor și scriitor iluminist francez, a văzut lumina zilei în 1694. Născut prematur, abia respira. Se credea că nu va trăi nici trei zile. Spre uimirea tuturor, a ieșit cu bine din primul an al vieții, deși de nenumărate ori a fost pe punctul de a muri. În copilărie a fost aproape un invalid, dar cu timpul natura a învins și s-a dezvoltat normal, fiind cunoscut mai tîrziu pentru energia sa nescăpată. La 24 ani el ia numele de Voltaire. Spirit independent, la 24 de ani este închis la Bastilia de două ori și exilat în Anglia. A fost oaspetele regelui Frederic al II-lea al Prusiei. A scris poeme filozofice, epistole, satire, epigrame, poezii. De asemenea, a scris tragediile Mohamed, Zaira și povestirile: Zadig, Prințesa din Babilon, Naivul. Este autorul monografiilor „Istoria lui Carol al XII-lea” și „Secolul lui Ludovic al XIV-lea”, al „Dicționarului filozofic” și „Tratatului despre toleranță”. A avut o corespondență vastă și prin lucrările sale a contribuit imens la stimularea mișcării iluministe. Cînd a murit, la vârsta de 85 de ani (1778), scrisese aproximativ 60 de opere.

JEAN JACQUES ROUSSEAU, filozof iluminist, pedagog, scriitor și compozitor francez, s-a născut

prematur în 1712 la Geneva. El a supraviețuit multumită îngrijirilor extraordinare ale matusii sale. Pînă la vîrsta de 10 ani a fost un copil extrem de debil dar cu timpul a devenit un băiat voinic, care colinda pe jos Elveția, Italia și Franța. Copil fiind, Rousseau era mic, drăgălaș și precoce. La școală a urmat numai doi ani deși înainte de a fi împlinit 7 ani el învățase să citească și chiar citea romane istorice. Pînă la 25 de ani nu a avut nici o vocație, nici o ambiție. Mai apoi, devine unul dintre colaboratorii „Enciclopediei” în probleme de muzică. A scris „Discursul asupra științelor și artei”, scriere premiată la un concurs inițiat de Academia din Dijon, „Discurs asupra inegalității dintre oameni”, „Contractul social”, „Julia sau Noua Eloiză”, „Emil sau Despre educație”, „Confesiuni”, „Visurile unui plimbăreț singuratic”. Napoleon spunea despre Rousseau: „Fără el revoluția franceză n-ar fi avut loc”. A murit în 1778 la vîrsta de 66 de ani.

VICTOR HUGO, mare scriitor francez, s-a născut în 1802, fiind prematur. Era așa de mic, încît mama sa spunea că nu era mai mare decît un cuțit. Cînd îl puneau într-un fotoliu, care îi servea drept leagăn, aproape nici nu se vedea. A fost ținut în viață cu foarte mare greutate, iar la 1 an și 5 luni abia roștea citeva cuvinte cu foarte mare greutate. Această slăbiciune extremă nu a durat decît pînă la 3 ani, cînd, lucru extraordinar, a fost dat la școală. Ca elev, excela la matematici, citea cu pasiune și compunea tot felul de versuri, satire și poeme. A lăsat capodopere în toate genurile literare. Piese sale „Hernani”, „Regele se amuză”, „Ruy Blas” au stîrnit entuziasm. A scris peste 80 de volume: romanele istorice „Notre Dame de Paris” și „Mizerabili”, poemul „Legenda secolelor” și a avut o activitate politică remarcabilă, care s-a soldat cu exilul său ce a durat 18 ani. A murit la 83 de ani (în 1885). A fost membru al Academiei Franceze.

ALPHONSE DE LAMARTINE. Poetul, omul de litere și politicianul francez s-a născut înainte de termen, în 1790. Era cel mai mare dintre cei 6 copii ai familiei și a fost educat de mama sa în spiritul lui „Emil” al lui J.J. Rousseau. Scriitor deosebit de fecund a scris „Meditații”, „Noi meditații”, „Armonii poetice și religioase”, „Jocely”, romanul „Graziella”, „Călătorie în Orient”, „Istoria girondinilor”. Ca și Hugo, a fost politician și diplomat. A murit la 79 de ani, în 1869.

NAPOLEON BONAPARTE, împăratul Franței, s-a născut înainte de termen, în 1769, în insula Corsica. Copil, Napoleon era slab, plînd și cu un cap enorm de mare. Totuși nu era lipsit de energie. La școală s-a afirmat în special la matematici și-și petrecea timpul citind cărți de istorie, filozofie și geografie. A fost prim-consul, apoi împărat în perioada 1804-1815. A murit în 1821 în insula Sf. Elena, la vîrsta de 51 de ani.

Dr. Alexandru ȘTENC

SĂ FII SĂNĂTOS

„Să fii sănătos!” O urare, un salut, un răspuns dat celui care salută sau altceva, mult mai mult, ceva de care nu sîntem întotdeauna pe deplin conștienți, deoarece nu-i puțin lucru să fii sănătos, puternic, voios, să nu ai nevoie de ajutorul cuiva, să poți fi tu cînd ai nevoie sau cînd o dorești, cu tine și pentru tine, cu liniștea și cu bucuria ta.

Angajați plenitudinar, trăind intens viața, uităm de cele mai multe ori să ne bucurăm că sîntem sănătoși, după cum uităm că sîntem tineri.

Dușmanii sănătății sînt mulți. Cel dintîi și cel mai greu de înfrînt a fost și rămîne omul însuși. Extrapolînd semnificația senșinței „Homo hominis lupus est”, ne vom da seama că atunci cînd e vorba de sănătate, omul omului, lui însuși și-a fost dintotdeauna, își este și și-a rămas dușman. O vorbă românească conchide: „Omul nu moare, ci se omoară singur”. La ceea ce facem zilnic împotriva noastră se adaugă în același ritm actele și acțiunile oamenilor potrivnice nouă, și atîtea altele.

Așadar, numai sănătos omul este sau poate fi în congruență cu posibilitățile și disponibilitățile sale. Prin muncă ajunge acolo unde visează, înfăptuind zi de zi un gînd sau un vis, clădind și clădindu-se pe sine și pentru sine, pentru semenii săi. Prin gîndire dobîndește libertatea, demnitatea, iese în evidență, se remarcă și se impune definitiv lui, colectivului din care face parte, societății și, după caz, posterității. Prin dragoste omul devine El, complet. În toate cazurile numai dacă este sănătos, pentru că numai așa se poate înălța pe creste, numai în felul acesta poate munci, gîndi, iubi, lupta și învăța, percepe și recepta

frumosul, adevărul și binele, numai în felul acesta poate rămîne și ajunge să fie un om împlinit. Și așa sîntem încă departe de a ne folosi toate resursele de care dispunem.

Nu-i greu să învingi, mai greu este să te stăpînești, respectiv să te învingi pe tine, după cum nu-i greu să fii sănătos. Foarte greu este să înțelegi să nu faci nimic din ceea ce ți-ar putea diminua ori distringe starea de sănătate. Prin urmare, e greu să rămîi sănătos, să te simți bine, bucuros, fericit, apt să faci tot ceea

sănătos înseamnă să poți trăi și munci ca să-ți câștigi existența, să nu vrei mai mult decît îți trebuie, să știi să lucrezi și să gîndești în liniște, fără zgomot, fără să deranjezi pe altul, respectiv pe cei din jurul tău, să fii mulțumit cu fiecare clipă și să o trăiești în funcție de posibilitățile și aptitudinile tale, să te poți bucura de ea și să o poți umple cum se cuvine.

Răspunsurile primite la această întrebare relevă că atît adolescenții, în pragul tinereții, cît și părinții, în cea mai



ce-ți place și mai ales tot ceea ce este indispensabil țării și poporului tău, societății în ansamblu. Cum se poate ajunge aici?

Dintr-un chestionar lansat în rîndul mai multor elevi în pragul tinereții (253) și al părinților acestora (197) reținem doar cîteva răspunsuri, încercînd, totodată, și o sinteză a acestora:

1. Ce înseamnă să fii sănătos?

a) elevii consideră că a fi sănătos înseamnă să nu te doară nimic, să funcționezi ca ceasul, să nu ai nevoie de medic, să nu cunoști boala, să nu știi să fii bolnav, să poți gîndi și înfăptui tot ceea ce gîndești acum, în pragul tinereții, și toată viața;

b) părinții apreciază că a fi

mare parte, înțeleg și știu că sănătatea este starea principală de existență a omului, aceea în care „funcțiile necesare ale organismului și ale psihicului se îndeplinesc pe nesimțite ori cu plăcere”. Toți apreciază că a fi sănătos echivalează cu a trăi în condiții bune, a îndeplini prima condiție a bucuriei, fericirii, dragostei, devenirii tale ca om. Unul dintre subiecții chestionați citează cîteva rînduri dintr-un cîntec popular. „Degeaba le ai pe toate/ Dacă nu ai sănătate./ Ești un nîmea (nimeni)/ Dragă frate”. Și, în fond, așa este. Microtextul decupat din creația populară sintetizează concepția sănătoasă a poporului nostru despre sănătate, condiția sine qua non a vieții, izvorul stării de exis-

tență, cu sutele și mii de sale de ipostaze și nuanțe.

2. Cum ne putem menține sănătatea?

a) elevii susțin că numai printr-un regim de viață și de muncă bine chibzuit, ordonat, echilibrat, respectat cu rigurozitate, muncind cu măsură, înțelegând că și miine este o zi, odihnindu-ne activ în raport cu oboseala, cunoscându-ne puterile, de fapt pe noi înșine, în așa fel încât să nu ne aventurăm la înfăptuirea unor sarcini care să ne depășească potențialul; în toate cazurile asigurându-ne sau creîndu-ne un mediu plăcut acasă sau la școală, mulțumindu-ne cu puțin de la alții și cerîndu-ne nouă înșine după puteri;

b) părinții consideră că sănătatea este darul cel mai de preț primit din partea naturii; dacă îl ai, dacă o ai, trebuie să știi s-o păstrezi întocmai cum îți păstrezi ceea ce îți este mai scump pe lume; printr-o viață ordonată, chibzuită, fără prea multe excese — mincare,

băutură, petreceri de toate felurile; prin măsurarea, cîntărirea, judecarea perpetuă a tot ceea ce vrei să faci, cu gîndul la ce și cui folosește, în ce măsură dăunează nu doar altora, ci și ție; printr-o viață rațională trăită permanent reușești să-ți menții sănătatea indispensabilă ție și celor dragi.

Și răspunsurile primite la această întrebare reliefează înțelegerea comprehensivă a unei realități extraordinare, starea de sănătate fiind urmarea unui regim de viață echilibrat. Din toate iese în evidență necesitatea unei anumite parcimonii ce se impune a fi investită în toate actele și acțiunile pe care le întreprindem. Cu cît știm să trăim mai rațional clipa, înșăși viața, cu atît ne vom bucura mai mult de ea, cu atît mai mult viața va fi izvorul mulțumirii și al satisfacțiilor plene. Cine știe să-și aleagă plăcerile în consens cu posibilitățile, nu neapărat materiale, ci prioritar anatomofiziologice și psihice,

cine este pătruns de semnificațiile dictonului „întinde-te atît cît îți permite plapuma”, acela va fi multă vreme sănătos. Omul zilelor noastre este acela care pune stărea de sănătate mai presus de el însuși; un atare om vrea, după cum rezultă și din răspunsurile subiecților chestionați, totul pentru om. E de fapt acesta un principiu de viață și muncă, de existență a noastră în societate, ce tinde să se generalizeze. El, omul de astăzi, „vrea o mie de lucruri, fericire, sănătate, sinceritate, pace pentru toți — nu o dată cu prețul vieții sale” tocmai pentru că pricepe și cunoaște că fericirea adevărată se poate realiza cînd oamenii se înțeleg și se stimează reciproc, se dăruie cu devoțiunea necesară unul celuilalt și militează împreună ca pe Terra oamenii să trăiască liberi, în pace și sănătoși.

Pavel PETROMAN

Continuare în pag. 96.

MODA CELOR 9 LUNI



Sfatul nostru este să nu excludem sau să atenuiăm dorința de a fi moderne și cochete în cele 9 luni de „așteptare”. Chiar dacă croiala „prémaman” (cu lărgimea adecvată) este obligatorie, o putem „aduce la zi” cu cîteva detalii moderne și pe placul nostru.

O platcă amplă, care acoperă și umerii, cu tigele late sau garnitură albă, va înveseli o rochie „clasică”. Pentru cele ce nu pot renunța la pantalon — sortiment foarte modern, de altfel —, un model cu lărgime reglabilă în talie, asociat cu o bluză largă, practică și cochetă; garni-

turile de la gulerul amplu, manșete și buzunare pot fi albe sau într-o nuanță coordonată.

Din nou, o rochie cu linie modernă, denumită „balon”, a cărei ampieare necesară se strînge mai sus de genunchi, revenind într-un volan larg. Platca și manșetele pot fi, de asemenea, albe, chiar cu puțină broderie.

Încălțămîntea va fi cea comodă și practică — foarte modernă de altfel —, iar ca accesorii nu există nici un fel de interdicție: cerceii mari, brățările late, batistele colorate sau din dantelă, pălăriile mari din pai sînt și pentru... dv!

RĂPIREA

Se spune că... ați luat un copil de la părinți, ca să zicem așa, fără voia lor. E doar un zvon?

Doctorița căreia îi pusese această întrebare - o tânără pediatră dintr-un orașel din vestul țării - lăsa privirile în jos și șopti:

- Adică mă întrebați dacă... l-am răpit?

- Exact. E oare adevărat?

Își ridică privirile și chipul îi era luminat de un zîmbet șagalic:

- Da, e adevărat! Spuneți-mi însă și dumneavoastră, ce puteam să fac?! Poate nu-i prea just... Copilul - de două luni și jumătate. Îl examinaseam într-o zi, era bine, sănătos, vioi. Dar știți cum sînt sugarii: azi pot fi bine, iar mâine... A doua zi, o femeie, vecină cu părinții aceluia copil, îmi spuse, între altele, că micuțul plînge tot timpul, pe semne c-o fi bolnav. Părinții nu m-au anunțat, dar eu m-am dus la ei. Nepoftită. Într-o zi în casă - am uitat să vă spun că, în pofida insistențelor mele, țineau copilul în condiții nu tocmai salubre - și, ce văd? Sugarul - roșu la față. Părinții sar la mine: „Ce-i cu dumneata aici?” Mă fac că nu aud și termometrez copilul. Aproape 39 de grade. Îl dezbrac: diaree. „Merge cu mine la spital”, le zic părinților. „S-o crezi dumneata - sare tatăl. E băiatul meu și nu iese din casă fără voia mea. Și eu nu vreau...” Le explic. Nimic. Plec. Peste o jumătate de oră mă întorc cu autosanitară și cu două surori de la dispensar. În prag - părinții. Din nou discuții, ceartă:

„Pe mine mama m-a crescut acasă și uite ce înalt m-am făcut!” Discuția se aprinde. Surorile îmi ținneau, firește, partea. Și cînd sfada era mai în toi, disperată - căci știam că sugarul se pierde - am profitat de o clipă de neatenție, am dat buzna în casă, am înșfăcat copilul, din doi pași am fost în „Salvare” și - zbughe-o! Toată mișcarea a durat, cred, trei sau patru secunde. Cînd s-au dezmeticit, mașina alerga spre spital. L-am internat. Țin legătura cu cei de la spital. Zilnic le telefonez. În sfîrșit, ieri mi-au zis că e în afara oricărui pericol.

- Și părinții? Ei cum au reacționat?

- Acum tac. Supărați sau rușinați. Dar pînă s-au convins că internarea a salvat viața copilului, taică-său amenința că o să mă bată.

- Dacă vă dă în judecată?

Doctorița ridică din umerii („nu-mi pasă”) și spune:

- Bine că trăiește copilul... Poate că am încălcat legea...

- Ați încălcat-o.

- Dar dumneavoastră, cum ați fi procedat, de erați în locul meu?

- Intocmai cum ați procedat și dumneavoastră!

Și un detaliu: în momentul acelei „aventuri”, tînăra doctoriță era ea însăși gravidă. În luna a opta...

DINCOLO DE UȘĂ

Cabinetul amicului meu, doctorul, are un indice de aglomerare foarte mare. În limbaj mai „laic” asta înseamnă că oamenii îl caută, considerîndu-l un bun medic. Și chiar este.

Urmare din pag. 95.

3. Care ar fi rolul medicului, sfatului său, în realizarea și menținerea stării de sănătate a omului?

a) elevii sesizează că rolul său crește pe măsură ce societatea progresează, în raport cu nivelul de conștiință al omului, al oamenilor, respectiv pacienții săi; sfaturile sale devin, de cele mai multe ori, cînd izvorăsc din suflet, principii de viață pentru noi, de la care nu ne abatem cu prea multă ușurință; în tot ceea ce face și spune, medicul trebuie să aibă foarte mult tact, asemenea dascălilor noștri, deoarece el nu-i învață pe oameni ceea ce știu, ci mai ales ceea ce face, oferindu-le de fiecare dată un mod de comportare

în sensul cel mai bun;

b) părinții știu că rolul medicului este foarte mare dacă și-l cunoaște, l-a jucat și îl joacă întocmai, pentru că nimeni mai bine ca el nu-și cunoaște limitele proprii și ale științei căreia îi slujește, cînd noi ca bolnavi credem și ne punem toată speranța în priceperea și cunoștințele lui; medicina este știința sau arta de a păstra sănătatea, eventual de a vindeca boala ce s-a cuibărit în corpul omului, după cum medicul, slujitorul ei, este omul de știință sau artistul dator să contribuie prin tot ceea ce spune și face la menținerea stării de sănătate și, după caz, să intervină prompt pentru a-l sprijini pe bolnav să scape de boală, să-și recapete sănătatea; datoria lui

este, după cum spunea cineva, să vindece sigur, repede și cu bună dispoziție, întotdeauna cu sollicitudinea necesară.

Așadar, atît elevii cît și părinții înțeleg rolul medicului și al medicinei în menținerea stării de sănătate, importanța lor de a preveni prin metode și procedee variate boala sau bolile.

Așadar, să fii sănătos ar însemna să dobîndești o stare de existență care să ți se potrivească, să nu te deranjeze și să nu deranjezi nici tu pe cei din jurul tău, să ai întotdeauna o viață echilibrată, armonioasă, să ascuți și să te ascuți fără să-ți tulburi în vreun fel propria natură, să respecți normele care i-ar putea asigura durată și buna funcționare.

Adesea, drumurile mă poartă prin fața dispensarului-polclinic unde lucrează el și, dacă timpul îmi permite, intru să-l salut. Când însă așteaptă prea multă lume stau până iese un pacient și îl salut din ușă: „Bună, doctore!... Pa, la revedere” – și îi fac semn, rotind un deget în dreptul urechii, că o să mai vorbim la telefon. „Vino, intră!” – mă cheamă el. „Nu pot, sint grăbit. Și apoi...” – îi arăt pe cei ce așteaptă afară.

Odată, trebuind să-i duc neapărat un pachet și cum nu puteam veni mai târziu întrucât plecam din oraș, m-am adresat celor ce așteptau în fața cabinetului: „Vă rog să-mi permiteți... Numai o clipă. Doar să-i las doctorului acest pachet!”. Oamenii m-au lăsat să intru înaintea lor. I-am dat amicului meu, doctorul, pachetul. „Stai – îmi zice el. Ce atîta grabă... Ce naiba, nu bei o cafea cu mine?” Am protestat: „Știi, oamenii de afară...”. Termosul cu cafea era deja desfăcut și lichidul negru, aromat curgea în ceștile care apăruseră nu știu cum și de unde... Am părăsit cabinetul cu ochii plecați.

Altădată m-am simțit cam rău, dureri intercostale... Și cum întimplarea face să fiu arondat la dispensarul-polclinic unde lucrează amicul meu, m-am dus la el. Mai târziu unii mi-au zis că sint fraier, dar atunci, fără să-l anunț pe doctor în prealabil, mi-am luat bon de ordine și m-am așezat la rînd. Mai erau vreo șase persoane în fața mea, iar eu m-am postat astfel încît dacă amicul meu, doctorul, ieșea din cabinet, să nu mă vadă că stau la rînd. După ce a mai consultat un pacient, într-adevăr, a ieșit și a trecut în cabinetul din stînga, a stat acolo de vorbă vreo 15-20 de minute, apoi a revenit. Înainte de a-mi veni mie rîndul a ieșit iar, a intrat în cabinetul din

dreapta, unde a stat aproape jumătate de oră. În sfîrșit, mi-a venit rîndul. Când a dat cu ochii de mine, s-a uitat în fișă, apoi iar la mine... Nu-i venea să creadă „De cînd stai la ușă?” I-am spus: „Tu ești prost sau ai nevoie nu de mine, ci de psihiatru...”. M-am mirat: „De ce?”. Îi sări muștarul: „Păi bine, tu, prietenul meu, să stai la ușă, ca oricine?” Am reușit să trec peste valul de imputări, am fost consultat, mi-am primit rețeta și celelalte recomandări de rigoare. Când să plec, mă trase de minecă: „Auzi, să vezi ce-am pățit. Mi s-a stricat o piesă la mașină. De fapt un fleac, dar nu o au la magazin, iar mecanicul la care îmi lucrez e în concediu. Așa că m-am dus eu la fabrică. E de groază să ai de-a face cu funcționarii ăștia birocratizați! Nu se gîndesc deloc la oameni.... Eu așteptam o semnătură, o ștampilă, iar ei – cu sueta, cu birfa, cu poveștile de una, de alta, cu telefoanele, că parcă eu și alți cîțiva care așteptam acolo, la ușă, nu eram oameni, ci niște obiecte, niște scaune goale...”. Și o jumătate de oră, fără să dea atenție gesturilor mele disperate, a perorat împotriva celor ce nu țin seama de semenii lor, descriindu-mi, cu toate detaliile, odiseea obținerii unei piese de automobile.

Și dincolo de ușă oamenii, cu suferințele lor, așteptau...

Dan LĂZĂRESCU



● Șase cubanezi trăiesc de mai mult de un an cu transplant de inimă. Cel mai tînr are vîrsta de 17 ani, iar cel mai vîrstnic, 53 de ani. Începînd din anul 1985 în Cuba s-au efectuat 11 asemenea transplanturi.

● Kathleen Campbell a devenit, la cei 55 de ani ai săi, din nou mamă. Ea a născut un fiu la spitalul din Botting Hamsk (Anglia), copilul avînd o greutate de 2,9 kg. Ea mai are încă șase copii de vîrste între 16 și 22 ani. Înainte de sarcină avea greutatea de 133 kg și o tensiune arterială foarte ridicată. De aceea, medicii nu-i recomandau nașterea. În timpul sarcinii a slăbit cu 31 de kg și starea sănătății sale s-a îmbunătățit. În cartea recordurilor însă ea nu figurează. Femeia care a născut la cea mai înaintată vîrstă a fost americanca Ruth Alice Kistler care a adus pe lume o fetiță la vîrsta de 57 ani.



● Potrivit celor spuse de ea, că să se distreze, Louise Horner, asistentă medicală în vîrstă de 40 de ani din West Minster (SUA), a dat la ziar următorul anunț: „Vînd ieftin soțul”. Spre marea ei surprindere reacția pentru cumpărarea soțului ei a fost masivă: a primit șazeci de oferte telefonice, dintre care multe erau „foarte serioase”. În anunț ea a menționat că își vinde soțul împreună cu arma de vînațoare, cu ustensilele de pescuit, o pereche de pantaloni, două cămăși, cisme și un cîine de vînațoare, precum și o notă că este „om bun dar nu stă acasă în sezonul de vînațoare și pescuit”.

● Femeia este capul familiei! Dîmineața, cînd începe să miroasă a cafea, scorțîșoară și șofran, aceasta înseamnă că a venit ora de sculare și că soțul a pregătit pentru femele micul dejun. Un asemenea tablou apare în căsniciile tribului Qeduin, care locuiește în pustul pietros din Oman. În acest trib femeia este capul familiei, ea controlează educația copiilor, conduce gospodăria și hotărăște ce muncă trebuie să exercite soțul.

PUBERTATEA DIN UNGHI MEDICO — PEDAGOGIC

Situată între copilărie și tinerețe, perioada pubertății cuprinde de fapt trei etape: prepubertatea, pubertatea propriu-zisă și postpubertatea (adolescența). Fiecare dintre ele se diferențiază prin anumite particularități ale dezvoltării corpului, dar și ale psihicului. La baza acestora stau o serie de modificări ale glandelor cu secreție internă. La capătul drumului, copilul de ieri ajunge adultul de mâine. Numai că drumul este presărat cu unele obstacole pe care părinții și cadrele didactice, cunoscându-le, îi pot ajuta pe puberi să le treacă fără zguduiri și mai ales fără urmări negative pentru sănătatea fizică, morală și psihică.

Prima etapă — **prepubertatea** — demarează în jur de 10—11 ani la fete și de 12—13 ani la băieți. Mai întâi statura copilului, pînă atunci cu un ritm de creștere normal, uniform, înregistrează un adevărat salt, încît se poate afirma că prepuberul se înalță „văzînd cu ochii”. Cum momentul acestui salt prepubertar poate diferi destul de mult de la un copil la altul, fiind determinat în primul rînd de factori ereditari, părinții nu trebuie să se neliniștească dacă fata sau băiatul lor au rămas în urma altora și, în orice caz, să nu apeleze la medicamente care să le „grăbească” creșterea. Cum sporirea în înălțime se face îndeosebi pe seama membrilor inferioare și mult mai puțin prin mărirea trunchiului, copilul ia un aspect de „păianjen”, mai ales că și membrele superioare se alungesc evident. Musculatura rămîne în urma dezvoltării scheletului, așa încît pot apare deformări ale extremităților, mai ales ale picioarelor, dar și ale coloanei vertebrale, în special așa-zisul spate rotund juvenil. Cușca toracică neînjind pasul în creștere cu membrele inferioare, respirația devine mai superficială și accelerată. Inima, la rîndul ei, rămîne și mai mult în urmă, chiar față de dezvoltarea toracelui, căpătînd un aspect „în picătură”. Drept consecință apare un puls mai accelerat ca în alte perioade ale vieții, cu variații și ale tensiunii arteriale prin faptul că arterele continuă să fie prea înguste pentru cantitatea de sînge pe care trebuie s-o primească cu fiecare bătăie a inimii. De aceea, trebuie instituite unele măsuri de prevenire și combatere a acestor dereglări. Un regim de mișcare activă, nici neglijat dar nici exagerat (căci, cum spune un proverb francez, „Insuficiența ofilește iar excesul pipernicește corpul”), asigurarea unei ventilații corespunzătoare a plămînilor, atît prin activități în aer liber — plimbări, jocuri sportive gen înot, atletică ușoară și gimnastică — cît și prin aerisirea corectă a sălilor de clasă și a încăperilor de acasă, o alimentație echilibrată, bogată în calciu (ca, de pildă, laptele și derivatele sale) și în vitamina D (ouă, pește, ficat), expune-

rea rațională la razele solare, o poziție corectă în bancă dar și la masa de pregătire lecțiilor acasă, iată cîteva dintre mijloacele menite să împiedice agravarea modificărilor corpului specifice pubertății.

Tot acum apar și primele modificări ale caracterelor sexuale secundare (părul pubian mai întîi și conformația bazinului la ambele sexe, sîinii la fete, organele genitale externe la băieți).

În etapa a doua, **pubertatea propriu-zisă**, încetul cu încetul conformația scheletului (membre și trunchi) începe să se apropie de aspectul caracteristic celor două sexe, fetele „rotunjindu-se” treptat, iar băieții devenind mai „colțuroși”, cu oase mai viguroase. Inima crește evident, musculatura, mai ales la sexul masculin, de asemenea. Sistemul nervos vegetativ, care reglează bătăile inimii, circulația sîngelui și tensiunea arterială, este însă, cel mai adesea, perturbat, încît apar acum dereglări de tipul miinilor și picioarelor reci și vineți, așa-numita acrocianoză, îndeosebi la fete, oscilații ale tensiunii arteriale fie în sensul creșterii, fie al scăderii (în acest ultim caz, îmbrăcînd aspectul hipotensiunii ortostatice, cu prăbușirea tensiunii și ivirea de stări de leșin la ridicări bruște în picioare sau stat prelungit în această poziție, de asemenea mai frecvent la fete), creșteri exagerate ale pulsului, mai cu seamă în stări emoționale, pozitive sau negative (constituind tahicardiile sinuzale prin sindromul zis hiperkinetic). Tot la pu-



beri, glandele sebacee din jurul firisoarelor de păr se pot inflama și dau naștere (în regiunea feții, pe frunte, tîmple sau pe torace, fie ante-

rrior dar mai des pe spate) la așa-numita acnee juvenilă, care se poate ușor suprainfecta, îndeosebi când se asociază și un exces de transpirație combinat cu o igienă necorespunzătoare a pielii. Părinților și cadrelor didactice le revine sarcina de a supraveghea puberii în această privință după activitățile sportive sau din afara școlii ori în sezonul cald, când o îmbrăcăminte neadecvată, inclusiv uniforma școlară prea groasă, poate favoriza și întreține infectarea glandelor sebacee din tegumentele mai grăsoase ale unor elevi. Pubertatea se mai caracterizează și printr-o adevărată „furtună endocrină”, cu diverse dereglări, din fericire trecătoare, ale glandelor cu secreție internă. Astfel, o mărire tranzitorie a tiroidei (gușa pubertară), o depunere în exces de grăsimi cu apariția unor striuri roșietic-vioace pe partea internă a coapselor (așa-zisa obezitate cushingoidă), creșterea — la băieți — a sînilor (ginecomastia pubertară). Bineînțeles că deosebit de caracteristică perioadei pubertare este accentuarea modificărilor caracterelor sexuale secundare: pilozitatea, care ocupă întreaga regiune pubiană și apare și la subțorii iar la băieți și pe față, mai întâi ca mustață, apoi și pe bărbie; creșterea și modificarea ca aspect a organelor genitale externe la ambele sexe; dezvoltarea puternică a glandelor mamare la fete; schimbarea vocii la băieți.

Bazinul se lărgeste mult la fete, pe când la băieți oasele umerilor sînt evident mai dezvoltate decît la sexul opus. Remarcăm uneori producerea unei cruste pe suprafața mameloanelor sînilor la fete, care impune folosirea unor creme simple la igiena acestora. Modificările neurologice și psihice sînt deosebit de spectaculoase la puberi. Apare frecvent o lipsă de coordonare a mișcărilor mîinilor, o pierdere a preciziei și fineței acestora, tremurături și mișcări largi disproportionale ca amplitudine față de sarcinile ce le au de îndeplinit. Ele nu trebuie să alarmeze părinții pînă într-atît încît să solicite medicamente puternice. Ferirea de stresuri negative în familie și școală (atenție la neînțelegerile dintre părinți, inclusiv în educația propriilor lor copii, la atitudini divergente ale acestora în problemele vieții de familie cît și la greșelile pedagogice, lipsa de tact și de înțelegere din partea unor cadre didactice, care pot prelungi aceste tulburări tîrziu, pînă în plină tinerețe) are un rol preventiv esențial. Comportamentul înregistrează de asemenea, schimbări importante, izbitoare față de felul de a fi de pînă atunci al elevilor. Dintr-un neastîmpărat, zvăpăiat, vesel și sociabil, puberul se transformă într-un (sau într-o) retras, visător, melancolic, timid mai cu seamă în relațiile cu sexul opus, uneori extrem de susceptibil la cea mai mică remarcă ironică, glumă sau critică; alteori, dimpotrivă, devine de o expansivitate excesivă, necontrolabil, zgomotos, cu excentricități comportamentale în limbaj și îmbrăcăminte. De fapt, ambele ipostaze nu sînt decît exteriorizarea unui acut sentiment de nesiguranță în relațiile cu grupul de aceeași vîrstă, cu sexul opus sau și cu adulții, în primul rînd cu cei din fami-

lie și din școală. De atitudinea acestora din urmă, de arta dar și știința lor (căpătată prin informare, instruire și experiență) va depinde traseul acestor perturbări spre o potolire ulterioară, ca în poemul simfonic „Ucenicul vrăjitor” de Paul Ducas sau către exacerbare în etapa ultimă a pubertății, **adolescența**.

Trecerea la adolescență se face treptat, încît instalarea menstriei la fete (în jur de 13 ani în țara noastră, dar cu variații foarte largi, între 10—17 ani, fără a se considera aceste limite ca patologice), precum și apariția primelor poluții spontane la băieți (cam pe la 15 ani) neputînd fi considerate ca o frontieră absolută. Acum, ca și în etapa anterioară, a pubertății, pot apare și unele consecințe negative asupra randamentului școlar, uneori chiar prăbușiri ale acestuia, ca urmare a dezechilibrurilor neurovegetative și psihice amintite mai înainte, deosebit de favorizante instalării oboselii, surmenajului, cu scăderea atenției și memoriei, funcții indispensabile succesului la învățătură.

Părinții și școala nu trebuie să uite niciodată aceasta și să nu pună scăderea randamentului școlar pe seama lipsei de interes și a lenei, cu aplicarea de pedepse în consecință, căci procedînd așa n-ar face decît să închidă un cerc vicios care să accentueze tulburările. Bineînțeles că aportul corector al medicului — fie cel al colectivității școlare, fie al specialistului din policlinica teritorială nu trebuie în nici un fel neglijat. Un rol determinant îl joacă aceștia și în tratamentul feluritelor dereglări ale ciclului menstrual (așa-numitele dismenorei juvenile), mai mult sau mai puțin obișnuite în primii ani ai instalării ciclului, dar care apoi ar trebui să dispară. Cadrele didactice nu trebuie să omită (dar pentru aceasta ar trebui să cunoască elevele, cu atîr tulburări) că în perioada cît durează aceste dismenorei posibilitățile de învățare sînt evident scăzute și să aibă atitudinea adecvată. De o importanță excepțională este atitudinea școlii și familiei față de problemele de afectivitate ale adolescenților. Apariția sentimentului de iubire, mai întîi ca ceva nedefinit și general, apoi către anume cineva de sex opus, cel mai adesea un coleg sau o colegă, necesită un tact cu totul aparte, rețete universal-valabile fiind imposibil de găsit. Oricum, orice eroare în atitudinea față de „prima dragoste” poate avea consecințe extrem de neprevăzute și grave.

Desigur că cele spuse pînă acum sînt evident departe de a epuiza un subiect atît de vast ca cel al pubertății, despre care s-au publicat tomuri întregi. Ele au vrut doar să sensibilizeze părinții și cadrele didactice și, totodată, să-i incite la a reflecta adînc asupra acestei problematice și a-și îmbogăți cunoștințele prin consultarea lucrărilor de specialitate apărute.

Dr. Gheorghe Eugeniu BUCUR



SFATURI UTILE

CUM SĂ VĂ LĂSAȚI DE BĂUT. Rețeta următoare este utilă în combaterea consumului de alcool: faceți un decoct cu 6 g de Pedicuță (Herba Lycopodii). Din acest decoct beți în fiecare dimineață câte o cană, după care — la interval de 10—15 minute — beți un pahărel din băutura preferată. Amestecul duce la reacții puternice de disconfort (greață, vomă, gust amar în gură etc.). Prin repetare 7—10 zile la rând se poate

crea un reflex condiționat de respingere a băuturii alcoolice (bineînțeles dacă există și voința sinceră de a scăpa de acest viciu).

În plus, macerați 20 g. de ardei iute în 100 g alcool. În cazul în care simțiți nevoia să consumați alcool puneți din acest amestec 20—30 de picături într-un ceai amar (ex. Anghinare, Pelin) îndulcit și beți-l. Amestecul respectiv are asupra terminațiilor senzitive din sto-

mac același efect ca și băuturile alcoolice.

CUM SĂ NU MAI FUMAȚI. Dacă vreți să vă lăsați de fumat, fiziologul Pierre Pollard vă recomandă un exercițiu special de respirație: în momentul când simțiți nevoia să aprindeți o țigară, în loc să dați friu liber acestei dorințe, vă așezați pe un scaun cu spătarul drept — care să țină, deci, coloana vertebrală în poziție dreaptă — și inspirați profund pe gură; expirați apoi tot pe gură, apăsând puternic cu mâinile pe abdomen spre a evacua complet aerul. Repetați de 10 ori acest exercițiu și veți constata că v-a trecut pofta de țigară.

CLIMATUL ÎN HABITACLU

În rindurile ce urmează dorim să supunem atenției cititorului — posesor sau nu al permisului de conducere auto — anumite împrejurări și stări, din păcate mai puțin luate în seamă, care pot afecta conduita pilotului autovehiculului, care se circumscriu în largă noțiune a climatului din interiorul autovehiculului.

V-ați gândit, de pildă, cite de no-cive sînt influențele pe care le exercită, fără să vreți, desigur, asupra nervilor automobilistului cu care vă deplasați prin faptul că, împreună cu partenerul dv., tofăniți pe bancheta din spate a Daciei, consumați cu poftă o gustare apetisantă, agrementată de mușcarea zgomotoasă a cite unui fir de ceapă sau usturoi — cu mirosurile lor inconfundabile, nu de toți însă suportate —, gustare completată de îngurgitarea a cite unui pahar de Fetească, Tămioasă sau Căpșunică? Pentru ca, apoi, spre a completa, parcă, atmosfera devenită și așa încărcată, să „trageți pe dreapta” să vă cufundați, adică, în brațele ademenitoare ale lui Morfeu, lăsându-l pe bietul șofer să înghiță în sec — era să zicem să suporte efectele surplusului de sucuri gastrice acumulate — și, pe deasupra, să se lupte cu tentațiile atipirii, tentații întretinute și amplificate, pe fondul liniștii așternute în habitacul, de dulcele dv. somn. Iar dacă, la toate acestea, se adaugă un drum monoton, de-a lungul unei zone aride de șes, de exemplu, plus un soare arzător sau, dimpotrivă, vreme innourată, cu cer

de plumb, aveți cu toții, cei din automobil, șansele să încheiați călătoria înainte de vreme, în cel mai bun caz la spital.

De citi nervi — inutil consumați — nu are parte soțul (sau soția) de la volan din cauza cicălelilor partenerului (ori partenerii) de pe bancheta din dreapta, dacă acesta (aceasta) are nefericita inspirație de a arăta — cu orice preț — că știe mai bine decît cel care conduce mașina ce trebuie făcut și cum trebuie procedat în funcție de cine știe ce se iverse, adeseori inopinat, pe stradă ori șosea, literalmente de la un metru la altul? Ca să nu mai spunem cit de tensionat și plin de

primejdie devine climatul din habitacul cînd soții (indiferent din cauza căruia) găsesc prilejul certurilor tocmai pe parcursul deplasării automobilului condus de unul dintre ei. Cronica rutieră a consemnat nu un accident soldat cu izbirea violentă a autoturismului de copac, accident pornit de la schimburile dure de cuvinte între soți și declanșat de pierderea bruscă a stăpînirii direcției de către acel dintre ei care se găsea la postul de pilotare al mașinii.

Cît de dificilă și, implicit, nesigură devine conducerea automobilului în situația celui ce are neșansa să suporte prezența unor



VACANTELE FAMILIEI

La munte, la mare, la bunici, în drumeție — câteva variante de a folosi cât mai sănătos meritele zile de odihnă. De aici încep problemele, dilemele, discuțiile, propunerile — uneori prea numeroase față de timpul de care dispunem. De ce?

Pentru că, în primul rând, nu vom pleca niciodată la drum, în concediu, fără a ne pregăti, iar, în al doilea rând, nu vom porni la drum chiar în ziua în care am mai fost la serviciu.

Unii vor spune că au pornit așa, la întâmplare, și a fost foarte bine!... Un fel de a înțelege rostul vacanței.

Dar nu stresul, neprevăzutul, întâmplarea asigură confortul necesar refacerii forței de muncă!

Sigur, nici programul rigid, după ceas, nu e de natură să ne ofere odihna binemeritată. Plecăm, deci, cu copiii; trebuie să le asigurăm o vacanță activă, plăcută alături de noi. Ni se cere să fim calmi, înțelegători, disponibili... să le fim părinți și o companie agreabilă. De noi depinde, deci, cum se va solda concediul, dacă la înăpoiere veselie ne va stă-

pîni fețele...

Odată stabilit unde plecăm și cînd, avem grijă să ne planificăm riguros timpul, pentru a ne pregăti. Iată ce nu trebuie să uităm:

- Cumpărăturile, completările vestimentare, se fac cu o săptămînă înainte.

- Pregătim trusa cu ace, ace de siguranță, ață, degetar.

- Trusa individuală (periuță de dinți, pieptene, perie de păr etc.) va fi completată cu atenție.

- Verificăm încălțămîntea și să nu uităm că ea trebuie să fie ușoară, lejeră. Nu vom încărca geamantanele sau rucsacul cu tot felul de încălțăminte pentru ocazii festive.

- Fiecare va avea asigurată o ținută sport, îngrijită, căreia — cu mici accesorii — îi putem adăuga o notă de cochetărie.

- Dacă pornim în drumeție, rucsacurile vor fi repartizate după conținut.

- Fiecare membru al familiei va avea sarcini precise pentru pregătirea de plecare.

- Apartamentul va fi lăsat în ordine perfectă, aparatura electrică va fi scoasă din priză, iar robinetele închise.

Cu aceste aparent mici preparative, putem porni... Indiferent de stațiune, distanță, zonă, cu dorința expresă de a ne odihni activ, de a ne bucura din plin de tot ce ne oferă peisajul pe care-l parcurgem și cel în care vom poposi.

ocupanți veniți de la o petrecere! O petrecere prilejuită de o nuntă, de aniversarea unei zile de naștere sau cine știe de care alte motive similare. El, șoferul, care n-a pus pe limbă strop de alcool, rezistind cu stoicism insistențelor invitații („doar un pahar, că n-o fi foc...!”), aflat acum într-o stare echilibrată, lucidă, citează blazată, poate chiar plictisită, oricum în totală discordanță cu exuberanța, excesele de veselie și uneori frivolitățile celor care s-au ospătat cu licorile lui Bachus, el, blindul și disciplinatul șofer, trebuie să suporte, cu remanere, înăbușindu-și repulsiile, glumele nesărate ale partenerilor de drum, remarcile malițioase, total neavenite și neînțelese ale cite unui atotștiutor în ale volanului, să înghită, fără replică, grosolăniile vecinului la adresa soției sale, ori să îndure textele deșchinate sau incomplete ale cite unei melodii, cîntate fals, gutural, dar sonor peste măsură. Intr-un asemenea climat, conducerea autoturismului pare fără sfîrșit, devine un calvar, o tortură, iar accidentul plutește, cum se zice, în aer.

Nu mai puțin sîcîtoare, enervante, de natură a afecta siguranța pilotării mașinii, poate fi pentru șofer plînsul unui copil sau zbenguielele unor mici poz-

nași aflați pe bancheta din spate. Greu de suportat este și prezența unui ciine — cînd nu este al deținătorului mașinii — luat, din complot, o dată cu stăpîna lui.

Faptul că autovehiculele sînt dotate cu scrumiere nu înseamnă, pentru cei din mașină, ca, neapărat, să fumeze. Mai cu seamă cînd cel de la volan nu este fumător. Chiar dacă el acceptă — evident, din politețe — solicitarea ocupantului (sau ocupanților) de a fuma. În interiorul — relativ restrîns — al unui autoturism, îmbibarea aerului cu fumul și mirosul țigării arse creează un climat deosebit de vătămător nu numai pentru șofer, ci și pentru partenerii lui. Din punctul de vedere al șoferului, o asemenea atmosferă viciată nu poate decît să dăuneze conducerii în securitate a automobilului. Ceea ce nu-i poate lăsa — nu trebuie să-i lase — indiferenți nici pe cei care îl însoțesc. Cum, de altfel, nimic de natură a leza sau chiar numai a influența negativ starea sufletească și comportarea conducătorului auto, stare și comportare ținînd de climatul din habitacul, nu trebuie să rămînă în afara grijii celui (sau celor) cu care parcurge, împreună, cotidian sau incidental, un drum.

Gheorghe GH. ENE

Urmare din pag. 89.

unui aport normal de calorii și vitamine, evitarea eforturilor fizice mari (în funcție de toleranța la efort).

În insuficiența renală cronică se prevăd perioade de odihnă mai lungi (3 ore după amiază, 10—12 ore repaus la pat în cursul nopții). Repausul absolut la pat este indicat numai în cursul infecțiilor sau complicațiilor în cursul evoluției, ca și în stadiul final, cînd funcția renală este compromisă. În ceea ce privește aportul de proteine, la copilul regimul dietetic este mai puțin restrictiv în comparație cu adultul cu insuficiență renală cronică.

În stadiul de uremie terminală se fac restricții dietetice mai mari, ce constau în principiu din: rație proteică fixă (0,5 g/kg/24 ore), rație calorică suficientă acoperită din grăsimi și glucide, aport vitaminic suficient. Lichidele se vor da în porții mici de 50—100 ml, ținîndu-se seama de diureză; aportul de Na⁺, K⁺, P și Ca⁺⁺ va fi adaptat în funcție de evoluția insuficienței renale

Căsnicia, care de atâtea ori a fost considerată ca sinonimul unei fericite și bune conviețuiri a doi oameni, pune totuși unele probleme. Incercați acest test - publicat de revista „Expres” din Bratislava - și veți afla care sînt părțile dv. bune și care cele rele. Trebuie să răspundeți la fiecare întrebare! Puteți alege unul din cele trei răspunsuri.

A = 3 puncte, B = 2 puncte și C ± 1 punct. La sfîrșit adunați punctele și citiți competența apreciere.

1. Cumpărați pentru soție (soț) cadouri? Alegeți potrivit gustului partenerului (deși, potrivit gustului dv., ați fi putut să cumpărați ceva mai frumos...)?

A = nu; B = citeodată; C = da.

2. Vă indispare dacă partenerul dv. este obosit după o zi de muncă și nu se comportă cu atenție și tandrețe?

A = nu; B = citeodată; C = da.

3. Vă îngrijiți cu plăcere corpul? Vă place să simțiți mirosul diferitelor creme și a apei de colonie?

A = da; B = nu știu; C = nu.

4. Dacă vă telefonează cineva și vă jignește fără să fie provocat de dv., închideți telefonul?

A = da; B = nu știu; C = nu.

5. Vă sărutați partenerul din cînd în cînd?

A = da; B = cînd și cînd; C = nu.

6. Considerați muncile casnice ca nefiind demne pentru un bărbat?

A = da; B = citeodată; C = nu.

7. Știți să păstrați secretul ce vi s-a încredințat?

A = da; B = greu; C = nu.

8. Ați putea să încheiați o căsătorie dintr-un alt motiv decît iubirea?

A = nu; B = poate; C = de ce nu?

9. Povestii partenerului relațiile dv. sentimentale anterioare?

A = nu; B = de ce nu? C = da.

10. Dacă partenerul dv. nu s-ar simți bine, la un spectacol de cinema, ați întrerupe vizionarea filmului și ați pleca fără să regretați că n-ați văzut filmul pînă la sfîrșit?

A = natural; B = dacă m-ar ruga; C = dacă ar fi fost un film bun aș regreta.

11. Sînteți multumit de felul cum se manifestă personalitatea dv.?

A = da; B = parțial; C = nu.

12. Vă exprimați deschis dragostea față de soț?

A = nu; B = cînd și cînd; C = da.

13. Dacă sînteți preocupat în timpul zilei de ceva iar partenerul dv. face același lucru mai de grabă noaptea, așteptați, sperați ca partenerul să se adapteze?

A = nu; B = sper; C = da.

14. Aveți nevoie de o anumită atmosferă (ambianță, lumină, muzică) ca să ajungeți cu partenerul dv. la momente de tandrețe?

A = nu; B = uneori; C = da.

15. Vă plac oamenii care în toate situațiile vor să demonstreze punctul lor de vedere, sentimentele lor?

A = da; B = nu prea; C = nu.

16. Cînd aveți o proastă dispoziție așteptați ca să vă menajeze cei din jur?

A = nu; B = citeodată; C = da.

17. În ultimul moment prietenii au renunțat la invitația de a veni la dv. la masă. Cum reacționați?

A = m-am apuc imediat să mînc; B = mai tîrziu gust cite ceva; C = îmi pierde apetitul.

18. Dacă cineva vă solicită un lucru, vă gîndiți ce foloase va avea?

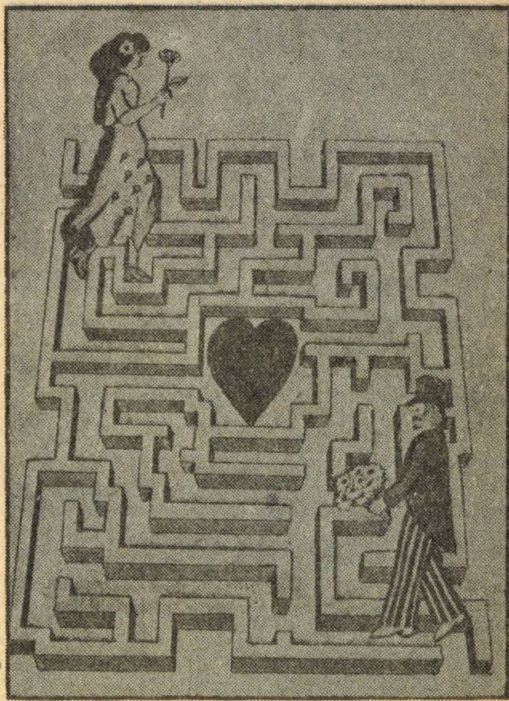
A = nu; B = de obicei, nu. C = da.

19. V-ați realizat obligațiile la locul de muncă. Vă gîndiți ce foloase veți avea?

A = da; B = nu totdeauna; C = nu.

20. Vă realizați zilnic întregul dv. plan și program?

SÎNTEȚI SOȚUL (SOȚIA) IDEAL (IDEALĂ)?



A = nu; B = în general, da; C = da.

21. Care dintre noțiunile următoare sînt pentru dv. mai importante?

A = o prietenie adevărată; B = atingerea țelurilor proprii; C = independență.

22. Experimentați bucuria ceva nou?

A = da; B = uneori; C = nu.

23. Vă pierdeți buna dispoziție dacă partenerul dv. trezește în societate un interes mai mare decît dv.?

A = nu; B = s-ar putea; C = da.

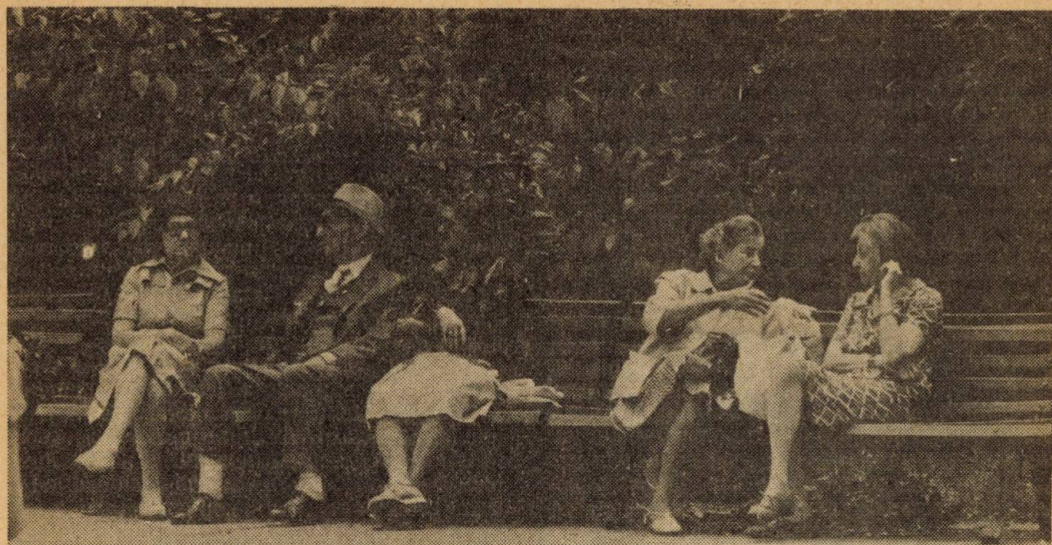
24. Împărțiți cu soțul ceea ce aveți?

A = da; B = citeodată; C = nu.

25. Spuneți partenerului în mod deschis ce dorințe erotice aveți?

A = da; B = nu totdeauna; C = nu.

26. Știe partenerul dv. ce anume v-ar produce cea mai mare bucurie?



A = da; B = aproximativ; C = nu.

27. Știți să profitați de acest lucru?

A = da; B = poate; C = nu.

28. Credeți că veți găsi și peste ani suficient timp ca să manifestați aceeași tandrețe față de partenerul dv.?

A = da; B = nu știu; C = nu.

29. Partenerul dv. a plecat de acasă pentru un timp mai lung. Vă gândiți să aveți în acest timp relații intime cu altcineva?

A = nu; B = s-ar putea; C = da.

30. Ați urmări cu plăcere filmele de dragoste împreună cu soțul (soția) dv.?

A = da; B = poate; C = nu.

31. Credeți că o bună căsnicie cere o mare prudență, precauție și osteneală?

A = da; B = poate; C = nu.

32. Dacă partenerul dv. și-ar pierde poziția socială, v-ați considera vinovat cu ceva?

A = da; B = poate; C = nu.

33. Aveți un carnet CEC propriu?

A = nu; B = uneori; C = da.

34. Credeți că partenerul dv. vă iubește la fel cum îl iubiți dv.?

A = da; B = nu știu; C = nu.

35. Activitatea profesională vă aduce mai multe satisfacții decât căsnicia?

A = nu; B = câteodată; C = adesea.

36. Vă afectează faptul că lucrați prea mult în familie?

A = nu; B = cînd și cînd; C = da.

37. Vă sfătuiți cu partenerul cînd este cazul să efectuați cheltuieli mai mari?

A = da; B = câteodată; C = nu.

38. Vă petreceți singur concediul de odihnă?

A = nu; B = se mai întîmplă; C = de ce nu?

39. Îi spuneți partenerului cit de mult îl iubiți?

A = da; B = câteodată; C = nu prea.

40. Vă alegeți prietenii potrivit faptului că sfera de preocupări și interesul lor sînt identice cu ale dv.?

A = da; B = în majoritatea cazurilor; C = nu.

Aprecierile:

81—120 puncte

Aveți, în mod categoric, aptitudini, facultăți, talent și capacitate de a forma legături intime cu soțul (soția) dv. Nu aveți greutate în a-i arăta în mod deschis sentimentele și înclinațiile dv. Apreciați faptele altora fără invidie sau pizmă. În convorbiri știți să reactionați în mod deschis și sincer. Fidelitatea și credința au în viața dv. un loc deosebit. Capacitatea de acomodare și fantezia dv., bogate, vă recomandă ca pe un partener ideal, care nici după ani și ani nu se va mulțumi cu rutina.

51—80 puncte

Năzuințele dv. sînt să trăiți toată viața cu partenerul iubit. Vă incomodează totuși frica și îndoiala că veți pierde independența, și că ați putea fi influențat în unele cazuri. Ați dori să arătați partenerului cit de multă nevoie aveți de el. Vă este, însă, teama ca nu va înțelege în mod just acest lucru și va considera ca o exagerare. Vă place liniștea și ordinea. Modificările și schimbările rapide vă enervează și vă neliniștesc. Pentru partenerul dv. este o sarcină grea să ghicească la ce vă gândiți și ce anume vreți. Veți ușura situația lui și a dv. acordîndu-i mai multă încredere. Cînd o să aveți mai multă încredere în căsnicie, vi se vor împlini dorințele.

Pină la 50 puncte

Căsătoria vă atrage, dar, concomitent, vă temeți de ea. Dacă vreți să trăiți alături de partenerul ales, trebuie să găsiți mijlocul ca această „trăire” să fie pentru amîndoi fericită și plăcută. Trebuie să fiți mai atent la visele și dorințele dv. dar și la ale lui. Nu este nimic mai groaznic decît cînd unul din parteneri are senzația că celalalt nu este sincer. Un asemenea partener este exclus din lumea celuiilalt, iar, cu timpul, devine plin de îndoială, trist și chiar agresiv. Ar trebui, cite o dată, să vă puneți în locul partenerului dv. Ar trebui, să aveți o mai mare încredere în el și să vă străduiți să-i câștigați încrederea. Relațiile fericite caracterizează totdeauna iubirea și valoarea acesteia. Cînd nu credeți nici în dv. cum veți putea iubi și stima partenerul de viață?





FACTORI DE RISC:

TUTUNUL ȘI ALCOOLUL

— Una dintre realizările importante ale cercetării științifice medicale actuale o reprezintă conceptul plurifactorial în geneza anumitor boli. În cadrul acestora, o noțiune mai importantă o reprezintă așa zisa implicare a factorilor de risc din mediul de viață și de muncă. Relatați, vă rog, acest aspect.

— Printre factorii de risc cei mai implicați în producerea îmbolnăvirilor se înscrie și fumatul, împreună cu alcoolul și drogurile. Astăzi se cunoaște pe toate meridianele globului că obișnuința fumatului și a consumurilor de băuturi alcoolice ca și de medicamente au căpătat o extensie de masă în populație, fapt care a atras în mod cu totul special atenția forurilor medicale din mai multe țări, ale organismului suprem al acestora, Organizația Mondială a Sănătății, care după câte se cunoaște au și lansat de multă vreme o ofensivă susținută împotriva acestor factori de risc ai sănătății. Nu mai puțin în anul 1988 lozinka sub care s-a propus să se aniverseze Ziua Mondială a Sănătății a fost „Nici un cetățean de pe glob să nu fumeze în ziua de 7 aprilie 1988”. De altfel lupta împotriva fumatului cunoaște de mai mult timp o preocupare în diversele categorii de populație din multe țări dezvoltate, cum sînt: S.U.A., Anglia, Franța unde în special corpul medical a luat o importantă inițiativă. Asistăm chiar la o reducere substanțială a fumă-

torilor în rîndul intelectualității din S.U.A. așa după cum o atestă publicațiile de specialitate din ultima vreme.

— Faptul este cu atât mai important cu cît de la un obicei aproape exclusiv al bărbaților, în zilele noastre el s-a extins în mod îngrijorător în rîndul femellor...

— Întocmai! Și încercînd să aducă dovezi de netăgăduit despre efectul asupra sănătății, cercetătorii de prestigiu ajung la concluzia că abuzul în zilele noastre reprezintă o epidemie devastatoare. Se apreciază, astfel, luînd în calcul datele fabricilor producătoare, că numărul de țigarete produse într-o zi a ajuns la 2—3 pe fiecare cap de locuitor al planetei, iar cantitatea de nicotină corespunzătoare acestora ar fi în stare — dacă aceasta ar fi absorbită oral în totalitate — să elimine dintr-o lovitură, toată populația globului, deci practic similar cu ceea ce ar produce acțiunea tuturor armelor nucleare existente.

În cea mai mare parte a țărilor industrializate s-a constatat că o reducere a nivelului consumului de țigarete ar putea contribui mai mult decît toate celelalte măsuri de medicină preventivă la ameliorarea stării de sănătate în general și a creșterii speranței de

interviu cu conf. dr. Dumitru DONA
I.M.F. București

viață.

— De fapt, în prezent aproape toate statele au întreprins o serie de măsuri pentru a controla problema fumatului dar rezultatele sînt încă prea departe de a da un minim de satisfacții...

— Desigur! Există chiar un raport al Directorului general al O.M.S. care a denumit lupta împotriva fumatului ca „probabil cea mai largă campanie de prevenire a îmbolnăvirilor și de creștere a speranței de viață”.

— Datele actuale cu privire la bazele nocivității tutunului arată că în timpul fumatului la punctul de incandescență al țigaretii se formează un aerosol care cuprinde o multitudine de componente chimice în fază gazoasă și crepusculară. Care sînt aceste componente?

— Între principalele componente ale aerosolilor din fumul de țigaretă se află nicotina, gudronul și monooxidul de carbon.

Gudronul cuprinde la rîndul său numeroase elemente organice și anorganice. Dacă efectul lor cancerigen este cunoscut,

în schimb nu se cunoaște căreia din componentele tutunului, se poate imputa acest efect nefast; Nicotina, substanță foarte activă, acționează prin proprietățile sale farmacologice asupra diverselor organe și sisteme, mai ales asupra vaselor sanguine și a sistemului nervos.

Monooxidul de carbon, provenit din combustii incomplete ale tutunului, împiedică fixarea oxigenului pe hemoglobină. Mai recent se vorbește și despre compuși Nitrozo care ar fi responsabili de unele efecte teratogene ale fumatului.

— După cîte știm, s-a încercat în unele țări evaluarea mortalității imputabile consumului de tutun fapt ce a condus la date, cu totul îngrijorătoare. Încercîndu-se să se evalueze pierderile totale suferite pe plan economic s-a ajuns la concluzia că ele nu sînt sub nici o formă recuperate din fondurile culese prin vînzarea acestuia. Care sînt așadar consecințele fumatului asupra omului?

— Există o multitudine de efecte ale tutunului asupra organismului uman. Astfel influența sa asupra aparatului respirator este responsabilă de apariția bronșitei, emfizemului pulmonar, cancerului laringian și cancerului bronșic. Asupra aparatului cardiovascular are acțiune negativă producînd tulburări de irigație coronariană, cerebrală și a extremităților. De asemenea, asupra aparatului digestiv are efecte negative producînd cancere de buze, esofag, pancreas etc. Și la fel perturbă și aparatul urogenital producînd papiloame vezicale și cancere. În timpul sarcinii, fumatul poate conduce la un risc crescut de avort prematur, naștere de prematuri, mortalitate perinatală crescută și greutate scăzută a fătului la naștere. Totodată, printr-alte manifestări datorate fumatului mai

cităm: trombozele, accidentele hemoragice cerebrale, hipersensibilitățile și alergiile la tutun etc.

— Și totuși care sînt efectele fumatului asupra mamei, a produsului de concepție și a evoluției copilăriei și adolescenților?

— Cunoșcînd răsunelel general al fumatului asupra aparatului cardio-vascular și respirator, se înțelege ce consecințe poate avea în timpul sarcinii, asupra nutriției embrionului și mai apoi asupra fătului la naștere. Ceva mai mult, studii amănunțite în acest domeniu au demonstrat că actul de concepție la femeile fumătoare este de obicei mai prelungit ca probabilitate, fertilitatea lor fiind apreciată la 72% din cea a nefumătoarelor, aceasta descrescînd în raport invers cu numărul țigaretelor fumate zilnic. Mecanismul prin care se explică acest fenomen al fertilității dificile ar consta în interferența gametogenezei sau a fertilității, eșecul implantării, pierderea subclinică a sarcinii după implantare. Se mai discută că acest efect ce afectează fertilitatea ar putea merge de la o tulburare localizată tranzitorie a funcției uterine pînă la afectarea mutagenă a gametului cu consecința binecunoscută a malformațiilor.

Mai multe argumente cu privire la efectele nocive ale fumatului asupra produsului de concepție, inclusiv a copilului în dezvoltare rezultă însă din studiile care atestă că fumatul în general se asociază cu alte obiceiuri mai dăunătoare, cum ar fi consumul de alcool și al unor medicamente, ca opiacee, amfetamine, neuro-sedative, analgezice etc.

— În ultimii 40 de ani, indiferent de gradul de dezvoltare socio-economică și culturală al diverselor state, fumatul a devenit una dintre cele mai importante cauze de mediu a

NOTE

CUM SĂ SLĂBIȚI. Greutatea constantă și de lungă durată nu se obține numai prin regim alimentar sau prin cure de slăbire, ci și prin efort fizic efectuat zilnic și rațional.

Dintre rețetele care și-au confirmat eficiența ne oprim asupra celor mai simple:

— 10 minute de gimnastică diminuează (ciți dintre dv., stimați cititori, le efectuați?) reușesc „să pună în priză” întregul organism, să risipească somnolența, să activeze circulația și

respirația.

— Un duș cald după gimnastică constituie nu numai o modalitate de menținere a igienei corporale, ci și o completare a gimnasticii în beneficiul circulației periferice.

— Urcatul zilnic al scăriilor timp de 5 minute contribuie la arderea suplimentară a 100 kilocalorilor și, deci, la pierderea a 5—6 kg din greutatea corpului într-un an.

— Mersul pe jos — nu la cumpărături, ci în a doua parte a zilei, în zone liniștite și nepo-

luate — este un exercițiu fizic util pentru toate vîrstele. Dar nu „în pas de melc”, ci în ritm alert, astfel încît să se poată parcurge minimum 5 km pe oră.

Desigur, este necesar și un regim alimentar hipoglicemic și hipocaloric constituit din carne slabă, ouă, pește, lactate, legume și fructe (alese dintre cele mai sărace în calorii și zahăruri).

CUM SĂ VĂ ÎNGRIJIȚI PĂRUL. Pentru cei care prezintă o seboe a pielii capului se recomandă masajul zilnic al acestuia cu următoarea soluție: acid salicilic 3 g., calomel 1,5 g., hidrocortizon 250 mg., glicerină 20 g., alcool de 70 grade 125 ml. Spălarea părului se va face cu săpunuri care conțin sulf sau borax.

Imbolnăvirilor...

— Așa este! De exemplu, în țările Africii, unde acest obicei a fost deprins mult mai târziu, în prezent asistăm la situații cu totul îngrijorătoare mai ales când peste malnutriție și boli transmisibile s-au suprapus și consecințele fumatului. Astfel, dintre consecințele cele mai răspindite ale fumatului și cele mai grave sînt cancerul de plămîni și de esofag. Avînd în vedere vîrstele cele mai afectate (40—64 ani), s-a constatat că față de țările Europei occidentale, unde incidența este de 38%, în cele ale Africii a ajuns la 72,2%. Mai mult, în Africa de Sud, unde cancerul de esofag este imputabil în cea mai mare parte fumatului, raportul dintre incidența la bărbați și femei este de 1/1.

Cel mai grav aspect îl evidențiază vîrsta tînră la care începe fumatul. De exemplu, în Nigeria din rîndul copiilor fumează 14% băieți și 8,4% fete, în Uganda 33,4% băieți și 8,4% fete, iar dintre acestea 85% au declarat începutul fumatului cu mult înainte de intrarea în facultăți. În Africa de Sud dintr-un studiu pe 1 505 elevi de liceu peste vîrsta de 12 ani, a rezultat că 16% fumau cu regularitate.

— **Cît privește consumul de alcool și acesta reprezintă o problemă majoră a societății moderne cu multiple implicații medico-sociale și economice. Se cunoaște de altfel de multă vreme influența abuzului de băuturi alcoolice asupra diferitelor organe, aparate și țesuturi ale organismului uman. Ce arată, în acest sens, studiile efectuate de către cercetători?**

— Pe bază de studii cu date certe și constante se apreciază că efectele alcoolului sînt direct proporționale cu cantitatea ingerată și cu durata consumului. Printre principalele efecte toxice ale sale se situează modificarea proceselor oxido-reducătoare ale celulelor dar și acțiunea directă a produșilor de metabolizare, cum sînt acetaldehidele, acetatul și cantitățile de alcool metilic și formaldehidă ce se degajă în organism din alcoolul ingerat.

Pe lîngă mari perturbații ale metabolismului principiilor alimentare de bază (proteine, lipide și glucide), care conduc în mod cert la steatoze hepatice, scăderea sintezelor și eliminărilor proteice (se cunoaște hiperuricemia alcoolică), hiperglicemiile frecvente întîlnite la alcoolicii denuțriți, există dovezi certe ale afectării unor aparate, organe, țesuturi.

Asupra aparatului digestiv pe care-l conectează în primă instanță alcoolul (primul contact cu mucoasa bucală, buzele), odată cu introducerea lui în organism se pot constata efecte, ca de exemplu, de la favorizarea refluxului gastro-esofagian și a esofagiței pînă la steatozele peptice esofagiene. Prin greață, vărsături, dar și prin acțiune directă pe mucoasa gastrică apar frecvente sîngerări ce pot conduce la anemie și denuțritie proteică. La nivelul intestinului alcoolul este răspunzător de malabsorbția cu conse-

cințele acesteia; carențele vitaminice, proteice, hormonale etc. Ficatul, prin rolul său în metabolizare, ocupă un loc central în cadrul patologiei induse de către alcool ce culminează cu ciroza alcoolică, care, de asemenea, apare direct proporțional cu doza consumată zilnic, cu durata în timp a consumului și eventual cu asocierea lui cu alți agresori, ca virusuri, substanțe toxice etc.

În țara noastră, alcoolul asociat cu infecțiile virale hepatice se apreciază că ar provoca 38% din totalul hepatopatiilor cronice, cu o incidență mai mare pentru bărbați dar deloc neglijabilă pentru femei. Tot așa alcoolul este făcut răspunzător în peste 64% din pancreatite cronice, situîndu-se pe locul II după litiaza biliară în pancreatitele acute. La femeile care consumă alcool, ca o particularitate, pancreatita cronică apare la vîrste mai tinere.

— **Ce puteți spune despre influența alcoolului asupra aparatului cardio-vascular?**

— Ea este derivată din faptele de observație care atestă inducerea hipertensiunii actuale și implicațiile în aterogeneză. Astfel, în Franța în 1984 se aprecia că 1,5% din mortalitatea prin boli cardiovasculare se putea imputa consumului mare de alcool. La băutorii cronici și la marii băutori de bere, prin deficitul în vitamina B₁, apare cu mare frecvență insuficiența cardiacă congestivă cu debit crescut.

Un studiu făcut în 1986 în Klatsky, pe 80 000 de persoane hipertensive, a scos în evidență faptul că peste 5% dintre acestea erau consumatoare obișnuite de alcool. Mai frecventă apare hipertensiunea arterială după vîrsta de 40 de ani. Cumulul alcool — tutun duce la accelerarea dezvoltării hipertensiunii, la apariția accidentelor vasculare cerebrale, a creșterii uricemiei și a unei fracțiuni lipidice care ar fi responsabile și de favorizarea aterosclerozei.

Pe sistemul nervos central influențele alcoolismului cronic sînt, de asemenea, deosebit de evidente. Astfel, la alcoolicii cronici s-a constatat apariția atrofiei cerebrale și cerebeloase împreună cu dilatarea ventriculelor. Dintre cele mai importante zone cerebrale afectate sînt celulele lobilor frontali. Ataxia cerebeloasă, nevrita optică, nistagmusul, parezele oculare, crizele comițiale sînt manifestări frecvente. Una dintre cele mai cunoscute stigmatе ale alcoolismului cronic este polinevrita, care, pe lîngă alcoolism, asociază carența nutrițională și în special de vitamina B₁.

În sfera hematologică se pot întîlni, ca efect al deficitului de vitamină B₁₂ și acidul folic, anemii megalocitare dar frecvent mai apar leucopenii, trombocitopenii și scăderea duratei de viață a trombocitelor ceea ce conduce la tulburări de coagulabilitate etc. Totodată se mai cunoaște și acțiunea directă a alcoolului asupra glandelor endocrine pe de o parte, dar și prin afectarea hepatică cu diminuarea sintezelor proteice, a

substraturilor hormonilor. Cele mai adeseori ca influență a alcoolismului apar hiperetrogenii, hipogonadismul la ciroticii alcoolici, dar și perturbările funcțiilor tiroidiene, corticosuprarenale, pancreatice, ale echilibrului fosfocalcic etc.

Efectele cangerigene ale alcoolismului au fost constatate în mod cert în carcinomul esofagian, iar prin asociere cu fumatul localizări bucale, faringiene, laringiene și bronsice.

Dezvoltarea hepatomului la ciroticii alcoolici ar fi explicată prin procesul cariogen per os și mai puțin prin efectul direct al alcoolului și metaboliților acestuia.

— În prezent sînt însă tot mai multe studii care atestă creșterea incidenței cancerului de sin la femeile care consumă moderat dar continuu alcool. Detaliați acest aspect vă rog.

— Din publicațiile medicale și nemedicale din diferite țări și continente, s-a constatat că, spre deosebire de bărbați, femeile consumă alcoolul în familie, între prieteni, alături de copii, deseori împreună cu aceștia. De foarte multe ori ele recurg la consumul de alcool în mod singular.

Foarte cunoscut este efectul așa zis „anti-frumusețe” asupra femeilor — așa fel că alcoolismul la acestea „se poate citi pe fața lor”, care prezintă vasele capilare dilatate dînd acesteia un aspect pletoric, spre vișină. Prin accelerarea degradării proteinelor care mențin musculatura feței, aceasta devine „buhăită”. Prin împiedicarea transpirației pielea se usucă și dă aspectul îmbătrînirii precoce cu pierderea elasticității și apariția ridurilor.

Mai trebuie spus că alcoolul perturbă activitatea vitaminelor și îngreunează absorbția unor oligo-elemente, cum ar fi zincul, indispensabil pentru sănătatea pielii și părului.

Din punct de vedere metabolic deși alcoolul aduce un aport de 7 calorii pe gram, acestea nu sînt utilizate pentru susținerea efortului fizic-muscular, ci, dimpotrivă, favorizează stocajul grăsimilor în ficat și îngrășarea prin provocarea de exces alimentar.

— Iar în cadrul alcoolismului cronic ele prezintă frecvente fenomene de inhibiție a ovulației, infertilitate, tulburări obstetrico-ginecologice și sexuale...

— Bineînțeles! De aceea preocupările nataliste la ordinea zilei în lume au condus la studii perseverente cu privire la cauzele mortalității perinatale, prematurității și a morbidității infantile care prezintă valori destul de îngrijorătoare. Cu aceste ocazii s-a constatat că printre factorii responsabili de aceste fenomene cu foarte mare pondere intră alcoolismul matern, care, practic, reprezintă în zilele noastre o deosebită problemă medico-socială. S-a constatat astfel că etilismul cronic este un important factor de prematuritate răspunzător de deficitele staturo-ponderale la naștere, de întârzierile

dezvoltării psiho-motorii, precum și de tulburările persistente de comportament ale copiilor pe tot parcursul dezvoltării lor.

Uneori, alcoolismul feminin ține și de unele obiceiuri naționale sau de unele credințe empiriste. De exemplu, obișnuință zilnică, mai exagerată în unele ocazii, sărbători sau week-enduri. De asemenea femeile însărcinate, mai ales cele tinere, consumă bere invocîndu-se dar și ignorîndu-se pe nedrept gradul de alcool pe care-l conține. Se știe că o halbă de bere poate să conțină tot atîta alcool cît un pahar de coniac. În plus, credința populară că berea ar ajuta secreției lactate care determină să se consume cîte un pahar de bere pentru fiecare ședință de alăptat.

O problemă importantă chiar a zilelor noastre este aceea că și medicii, în general, cînd iau în evidență o femeie însărcinată se preocupă în special de condițiile de alimentație în timpul sarcinii, cu diversele componente obligatorii mai ales vitamine, calciu, proteine, dar nu atrag atenția asupra riscurilor consumului de alcool sau ale fumatului; eventual nici un întrebare dacă pacientele lor au fost obișnuite cu acestea și dacă în continuare le folosesc. Desigur, în timpul sarcinii este absolut necesară realizarea unui echilibru proteino-caloric în alimentația mamei inclusiv adaosul de fier, calciu, acid folic, floruri, sodiu etc.), dar în același timp este necesară și o abținere a fumatului și consumului de alcool.

În concluzie — pe baza celor cîteva date expuse succint pe o bogată literatură actuală de specialitate, se impune o largă educație sanitară, explicită, cu arătarea consecințelor grave atît asupra femeii însăși, cît mai cu seamă asupra produsului de concepție. În cadrul convorbirilor dintre personalul medico-sanitar și femei trebuie multă răbdare, pricepere și perseverență pentru a determina concret un comportament strict de abținere de la aceste produse nocive.

Se impune mult tact pentru a se putea ajunge în cadrul discuțiilor cu fiecare femeie în parte la cunoașterea intimă a situației complexe de viață a acesteia, știut fiind că numai medicului i se poate prezenta femeia în toată complexitatea ei.

Dr. George M. GHEORGHE



COSMETICĂ PRIN PRESOPUNCTURĂ

Medicina tradițională chineză ne propune un ansamblu de practici curative și profilactice în legătură cu cele mai diferite afecțiuni. Iată însă că în revista „China populară” nr. 2/1989 ni se înfățișează un procedeu menit să preîntâmpine apariția timpurie a semnelor de îmbătrânire: apariția firelor albe de păr, a ridurilor, a pigmentilor mîinilor și feței etc. Practicarea cu regularitate a presopuncturii pe punctele situate de-a lungul canalelor principale și secundare care alcătuiesc o rețea de căi prin care circulă energia vitală poate să ne ajute în acest sens.

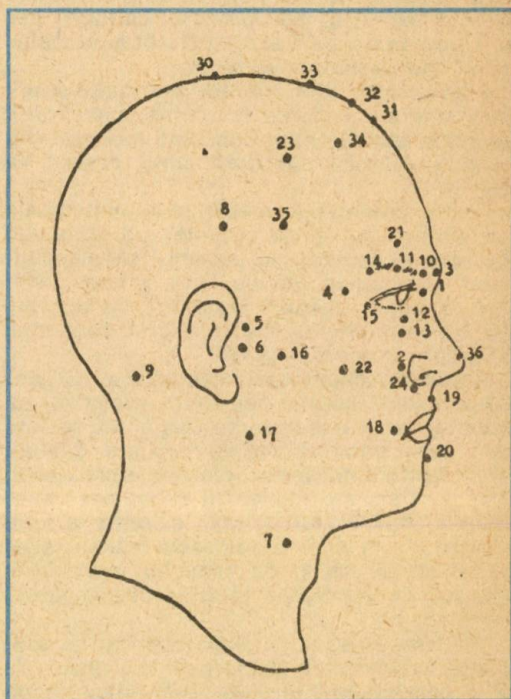
Reproducem din revista citată un program de presopunctură menit să ne păstreze tinerețea, nu înainte de a preciza următoarele: cu excepția masajului făcut de-a lungul liniei mediene a capului, toate mișcările trebuie executate cu ambele mîini simultan pe punctele situate simetric față de linia mediană a corpului; pentru a face descrierea mai ușoară, prezentăm mișcările unei singure mîini pe una din laturile liniei mediane, potrivit instrucțiunilor care urmează:

1. Apăsăm ușor dinspre punctul 1, de pe una din lateralele liniei mediane a nasului, spre punctul 2. Repetăm mișcarea de 10—15 ori, apoi masăm cu degetul mare, într-o mișcare inversă, spre rădăcina nasului, în punctul 3, situat între sprîncene, și apăsăm în acest punct circa 10 secunde. Repetăm de 10—15 ori.

2. Plecăm, apăsînd cu degetul mare, de la punctul 3, într-o mișcare laterală de-a lungul sprîncenei, spre punctul 4 și apăsăm ușor în

punctul 4. Apoi masăm în continuare spre punctele 5 și 6, situate lîngă ureche. După ce apăsăm un timp punctele 5—6, slăbim presiunea, fără să îndepărtăm degetul mare, pe urmă prindem lobul urechii între degetul mare și arătător, după ce în prealabil tragem ușor în jos de lobul urechii. Ne deplasăm apoi spre vîrfurile urechii pentru a prinde marginea de sus a acesteia, de care tragem ușor în sus. Repetăm de 2—3 ori această mișcare.

3. Masăm cu degetul mare din punctul 3 spre



punctul 4. Pe urmă masăm în continuare punctele 5 și 6 și mai departe în jos spre maxilarul inferior în punctul 7, pe linia gîtului.

MEDICAMENTE ÎMPOTRIVA DURERII

Durerea este un simptom care domină peste 80% din patologia umană și aduce fortuit pe suferind în fața medicului. Este printre primele semnale care atestă că undeva, în organism, ceva s-a derulat, ceva s-a întrerupt, ceva suferă și poate moare. Deseori simțim surprinși de

diverse dureri departe de „lumea civilizată”, pe drum, în vacanță, în cine știe ce cătun, în pădure, în cîmp etc.

Normal, orice medicament, fie el chiar și unul total inofensiv, ar trebui luat la indicația unui medic, dar în realitatea trăită nu se întîmplă niciodată așa, și simțem nevoiți să apelăm la cunoștințele noastre, la procedurile cunoscute, la medicamentele pe care le știm sau le avem la îndemină, și numai după aceea și după un timp să ajungem să consultăm un medic.

Dintre durerile omenesti cele mai frecvente și care chinuie milioane de oameni sînt durerile reumatice, care nu omoară dar care fac greu suportabilă viața. Acest tip de dureri se ameliorează încă și azi cu medicamentele următoare:

Aspirina (comprimate de 0,100; 0,300; 0,500 g) poate fi luată în doze tatonate individual, întotdeauna dizolvată și numai după mese. Aspirina azi este bună la toate, chiar și în durerile dentare, dureri menstruale, cefalee, stări febrile, boli tromboembolice, cu

4. Masăm cu degetul mare lateral din punctul 3 spre punctul 4, și apăsăm aici ușor; pe urmă ne îndreptăm spre punctul 8, deasupra urechii, și apoi în jos, spre punctul 9, sub osul occipital. Ținând degetul mare pe punctul 9, plasăm degetul mijlociu pe punctul 4 și masăm locurile cu o mișcare orientată spre înapoi.

5. Plasăm degetul mare pe punctul 1, apăsăm și masăm pleoapa superioară dinspre nas spre coada ochiului. Repetăm mișcarea de 3—5 ori. Pe urmă facem aceleași mișcări pe pleoapa inferioară a ochiului de 3—5 ori.

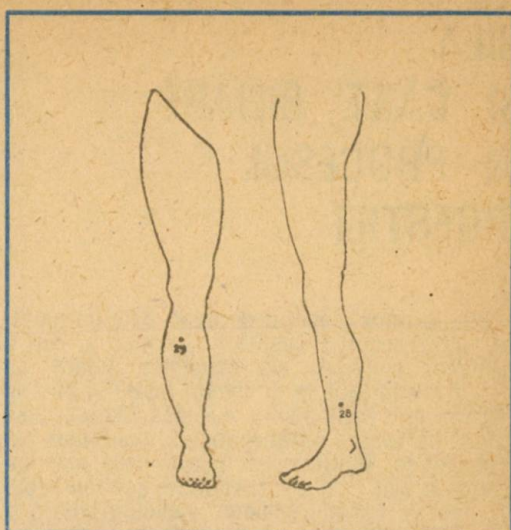
6. Apăsăm cu degetul mijlociu și degetul mare pe punctele 10 și 11. Pe urmă, folosind numai degetul mare, presăm pe punctele 1, 12, 13, 14, 2, 15, 16, 17, 18, 19 și 20.

7. Apăsăm cu degetul mijlociu pe punctul 13 și cu degetul mare pe punctul 21. Frecăm aceste puncte ușor, cu mișcări circulare, la început în sensul acelor de ceasornic, cam de 50 de ori, și apoi în sensul invers acelor de ceasornic, tot de 50 de ori.

8. Apăsăm cu degetul mijlociu pe punctul 22 și masăm acest punct cu mișcări circulare cam de 100 de ori, la început mai lent, apoi din ce în ce mai repede.

9. Cu degetul mare apăsăm punctele 23, 4, 24, 36, 25 și 26 și ciupim punctul 20.

10. Apăsăm energic cu degetul mare stâng pe punctul 27, situat pe mîna dreaptă, și cu degetul mare drept pe punctul 28, situat pe piciorul stîng, timp de 30 de secunde. Pe urmă repetăm



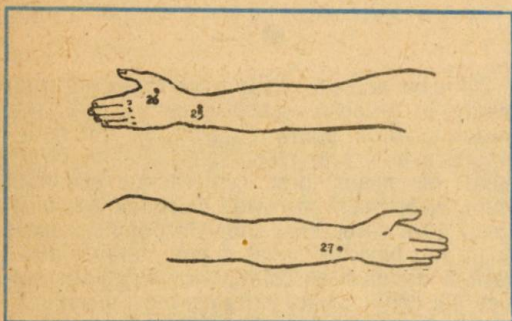
mișcările schimbînd „stînga” cu „dreapta”.

11. Apăsăm punctul 29 cu degetul mare aproximativ 1 minut.

12. Folosind vîrfurile degetului mare, apăsăm începînd din punctul 3, trecînd prin punctele 31—33, și terminînd în punctul 30. Pe urmă, cu amîndouă degetele mari, executăm următoarele mișcări: a) apăsăm, începînd de la punctul 11 spre punctul 21 pînă în punctul 34; b) apăsăm de la punctul 15 spre punctele 14, 4 și 35, îndreptîndu-ne spre punctul 8. Repetăm fiecare mișcare, lent, de 3—5 ori.

13. Așezînd toate cele zece degete pe frunte ca și cum am ține o minge, masăm pielea capului cu buricele degetelor, dinspre linia mediană a capului spre lateral, de 3—5 ori.

14. Așezăm degetele arătător, mijlociu și inelar de la mîna dreaptă pe frunte, pe linia de creștere a părului. Folosind buricele degetelor, masăm spre creștetul capului și apoi înspere spate pînă la baza craniului.



C.P.

mențiunea că poate da reacții alergice, microhemoragii, ulceratii gastrice și hemoragii digestive. Trebuie evitată de către persoanele al căror tract digestiv este suferind, iar cele sănătoase este bine să o ia cu gardă de antiacide (Gastrobent suspensie, Calmogastrin, Dicarbocalm, Trisilicalm, Ulcerotrat-toate sub formă de comprimate, sau Ulcostop, capsule).

Algocalminul (sub formă de comprimate a 0,500 g, fiole buvabile sau injectabile

a 0,50% g, supozitoare pentru adulți a 1 g, supozitoare pentru copii a 0,300 g) se ia în doze ajustate individual, fiind indicat și în durerile colicative, care sînt generate de afecțiunile arborelui biliar și uretro-ureteral.

Aminofenazona (comprimate a 0,100 g și 0,300 g și pentru copii supozitoare a 0,100 g), care înglobează în ele și o fracțiune de Luminal, poate da fenomene de intoleranță și uneori agresiuni hematologice.

Antinevralgicele, rezultate din combinația Aspirină, Fenacetină și Cofeină, pot fi luate pentru scurt timp, pentru ca pot da reacții alergice, leziuni renale și perturbări hematologice.

Codamina (comprimate) este un antinevralgic din care lipsește Aspirina, fiind înlocuită cu Aminofenazona și la care s-a mai adăugat Cofeină fosforică; se ia cîte un comprimat la nevoie.

BILA ȘI CĂILE BILIARE ÎN PROCESUL DIGESTIEI

Bila, produs elaborat de ficat, este un amestec între secreția celulelor hepatice și cea a celulelor epiteliale ale canalelor biliare. Ea este transportată de la nivelul ficatului pînă în duoden prin căile biliare. Acestea sînt de două feluri: căi biliare intrahepatice și căi biliare extrahepatice. Dintre căile biliare, cele mai importante sînt cele extrahepatice; canalul hepatic comun, canalul coledoc, vezicula biliară și canalul cistic. Volumul de bilă secretat zilnic variază între 500 ml și 1500 ml, depinzînd de cantitatea și tipul alimentelor consumate. Sărurile biliare sînt principalele componente ale bilei. Ele ușurează eliminarea colesterolului din ficat în bilă și absorbția intestinală a grăsimilor și a vitaminelor solubile în grăsimi (vitaminele A, D, E, K). De cîte ori concentrația colesterolului, relativ la celelalte componente ale bilei, depășește o anumită valoare, el va precipita sub formă de cristale (calculi).

La persoanele cu obezitate apare o creștere a secreției de colesterol în bila hepatică și, deci, un risc mărit de apariție a litiazei (calculoziei) biliare.

Cînd nu se respectă un orar regulat de mese, nu se formează reflexul dinamic de golire a veziculei biliare (reflex legat direct de intrarea alimentelor în tubul digestiv), ceea ce duce la stagnarea lichidului din vezicula biliară, sărăcirea lui în săruri, îmbogățirea în colesterol, cu formarea în final de calculi.

Sărurile biliare cresc absorbția de calciu din intestinul subțire prin formare de complexe solubile cu acest ion. Atunci cînd sărurile biliare nu mai pot pătrunde în cantitate normală în in-

testinul subțire din cauza unor obstacole (calculi biliari, tumori de cap de pancreas etc.) pe căile biliare apare, în timp, osteomalacia. Astfel, apare un risc crescut de fracturi la bătrîni cu suferințe biliare.

O altă consecință a obstacolelor pe căile biliare la vîrstnici constă în instalarea unor tulburări de coagulare a singelui datorate insuficienței absorbției vitaminei K. Aceste tulburări se manifestă prin apariția de hematoame (în limbaj curent vinătăi) subcutanate la lovituri ușoare, prin hemoragii la nivelul gingiilor și al mucoasei nazale.

Sărurile biliare exercită și un efect laxativ datorită diminuării reabsorbției apei și a sărurilor minerale la nivelul intestinului gros, precum și din cauza creșterii motricității lui. În cazul insuficienței pătrunderii a sărurilor biliare în intestin (prin obstacole) apare constipația, fenomen frecvent la vîrstnici. La bătrîni poate apare, destul de des, și fenomenul contrar: diareea. Aceasta se datorește intreruperii reabsorbției normale a sărurilor biliare în intestinul subțire din cauza unor tulburări enzimatice la acest nivel. Caracteristic vîrstei a treia este fenomenul alternării perioadelor de constipație cu perioadele de diaree. De aceea, în interpretarea unor astfel de fenomene trebuie de avut în vedere și rolul unor eventuale afecțiuni biliare.

Din cele arătate reiese importanța sărurilor biliare în procesul digestiv. Pentru profilaxia îmbolnăvirilor apare necesitatea prevenirii stagnării bilei prin respectarea unui regim regulat de mese, prin combaterea obezității (care favorizează formarea calculilor de colesterol), prin corectarea unor stări dishormonale (hipo sau hipertiroidism) și prin tratarea adecvată a afecțiunilor colecistice (inflamații cronice ale căilor biliare extrahepatice, dischinezii biliare hipotone, calculi biliari etc.).

Fasconalul (comprimate) rezultă din combinația în doze predeterminate de Aspirină, Cofeină, Fenacetină, Codeină fosforică și Fenobarbital. Și acesta, ca toate cele mai sus citate, poate da alergii, leziuni renale și rareori dependență.

Paracetamolul (comprimate a 0,500 g, supozitoare pentru copii a 0,250 g și supozitoare a 0,125 g pentru sugari); la sugari se dă mai ales pentru efectul lui antiter-

Durerile colicative (date de spasme ale organelor cavitare) pot fi ameliorate, de asemenea, cu medicamente „verzi”, cum sînt:

Foladonul (comprimate a 0,250 mg, 1-3 comprimate pe zi) este contraindicat la cei ce suferă de glaucom, boli ale prostatei, hipotonii biliare, stază gastrică și fibrilație atrială.

Papaverina (fiole cu 10% a 2 ml și fiole cu 4% a 1 ml,

comprimate a 0,100 g) nu este indicată dacă suferindul are și glaucom, hipertensiune accentuată sau disociație atrioventriculară completă.

Scobutilul (fiole, comprimate, supozitoare pentru adulți și copii) aparține tot acestei categorii de medicamente.

Durerea psihică are mecanisme pe care încă nu le cunoaștem, dar pe care le presupunem și încă foarte aproximativ, ea exteriorizîndu-se nu printr-o durere pro-

Un rol important în direcția tratării afecțiunilor care implică bila și căile biliare la vîrstnici îl au ceaiurile din plante medicinale. În bolile caracterizate prin scăderea secreției biliare (dischinezia biliară hipotonă) se recomandă infuzia de flori de Tei. Se beau două sau trei ceaiuri călduțe pe zi, îndulcite cu miere de albine sau zahăr. Se mai pot utiliza ceaiuri de Cimbrisor sau Anghinare. Anghinarea are, în plus, și rolul de a regla formarea colesterolului. O parte din ceaiul de Anghinare se bea dimineața pe stomacul gol, după care se va sta culcat pe partea dreaptă circa o jumătate de oră. Restul ceaiului se va bea cu o jumătate de oră înaintea meselor principale.

În inflamațiile cronice ale veziculei biliare și în litiazele colecistului fără manifestări clinice sau în cele bine tolerate se recomandă cură hidrominerală în stațiunile: Călimănești-Căciu-

În general, în afecțiunile acute (litiază biliară cu dureri frecvente, - colecistită acută, angiolită acută etc.) nu se recomandă cure hidrominerales.

În terapia medicamentoasă se pot utiliza: Anghirol, Carbicol, Colebil, Fiobilin, Instamixt, Tarbedol, dar numai după consultarea și la indicația medicului.

Este bine să se reducă din dietă alimentele care ar putea declanșa tulburări la nivelul colecistului: fasolea albă, linte, mazărea uscată, ouăle, grăsimile animale, prăjelile, tocăturile etc.

Se mai recomandă oamenilor vîrstnici respectarea unui regim de viață echilibrat, cu evitarea sedentarismului, pentru a putea preveni apariția tulburărilor menționate, cunoscut fiind că la vîrsta a III-a ele se instalează mai ușor



lata, Sîngeorz-Băi, Olănești, Malnaș.

În caz de dischinezie biliară (adică de tulburare a funcției căilor biliare) se indică tratament balnear în aceleași stațiuni, și în plus: Covasna, Sinaia, Borsec, Slănic-Moldova.

decît la adult și sînt mai greu de influențat medicamentos.

Dr. Gabriel PRADA
Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie

priu-zisă, ci prin acele tulburări de surmenaj fizic și intelectual, insomniile rebele, lipsa de interes față de mediul înconjurător, de familie, de propria persoană, de societate și de viața însăși.

În aceste cazuri bolnavul poate lua pentru început:

Bromoval (alfa-bromizovalerianiluree), comprimate a 0,300 g, 1-3 pe zi.

Bromură de calciu (fiole 10%), 1-2 fiole pe zi, strict intravenos, cu evitarea cazurilor în care pe lingă „durerea

psihică” există și alte boli (de inimă, tratate cu cardiotonice, sensibilitate la bronhoaritmii) graviditate sau bolnavă este în perioada de alăptare.

Extraveral, 1-3 tablete pe zi.

Din arsenalul nostru terapeutic cifrat la aproximativ 500 de titluri de medicamente indigene, doar ceva peste 100 de titluri pot fi desfăcute fără prescripție medicală în rețeaua farmaceutică. Această categorie de medicamente se restrînge an de an dată fiind

tendința pe plan mondial a populației de a abuza în mod grav de consumul de medicamente, pe primul loc fiind cele împotriva durerii, urmate imediat de medicamentele hipnotice-sedative, neuroleptice, tranchilizante și analgetice stupefiante.

Medicamentele, chiar anodine, luate fără discernămint au urmări care, sigur, vin mai tîrziu.

Dr. Ion TUTUNARU

AMIGDALITA PULTACEE

Cu două-trei luni înainte de examenul primei trepte de liceu, Florin nu mai era de găsit pe niciunul dintre terenurile de baschet ale școlii, unde obișnuia să se antreneze cu asiduitate. Îndată ce sosea de la școală, își încălzea repede mînca-re, înfuleca cu poftă de lîp, apoi trecea la învățatul lecțiilor pentru a doua zi. După terminarea lor, se apuca să repete „materia” pentru „treaptă”, pe care o conspecta în nenumărate caiete. Cînd părinții se întorceau de la fabrică, auzeau din pragul ușii de la intrare un zumzet de bon-dar sau un mormăit de ur-suleț. Nu-l deranjau pe „mormăilă”, ci, dimpotrivă, îl lăseau în pace în vizuina lui pînă spre seară, cînd mama îl îmbia să facă o pauză, de o oră măcar, și să iasă afară la joacă, la aer, ca să se destindă.

— Nu pot! — răspundea sec — am foarte mult de în-vățat și treapta se apropie cu pași repezi. După treaptă voi face antrenamente in-tensive. Voi începe cu probe de rezistență la peste o mie de metri altitudine... la Cioplea.

— Cum, pe munte?! Pleci cu lotul de sportivi la Cioplea? Nu ne-ai spus nimic despre acest lucru. Sînt bu-curoasă, chiar foarte bucu-roasă de ce aud. Ne vom lua și noi concediul de odihnă și vom merge pe lîngă voi ca să vă admirăm.

— Puteți merge și voi la munte, dar de admirat nu ne veți putea admira.

Cînd se afișară listele cu elevii admiși în treapta a doua de liceu, Florin își citi numele concomitent cu mama, pe locul doi, cu ace-eași medie ca și Alexan-drescu.

— Ce rău îmi pare că nu-mele meu începe cu litera T. Dacă mă numeam Alecu sau altceva eram eu cap de listă.

Mircea se afla și el în

imediată apropiere, pe locul patru. Florin, plin de bucu-rie sufletească pentru reu-șita lui și a colegului său, se întoarse zîmbind spre mamă și zise:

— Biletele O.N.T. la con-trol, mămicol!

— Mă bucur din toată inima și te felicit pentru re-ușita deplină; poftim și bile-tele pentru „Cioplea”. Și pentru că ne-ai făcut o așa mare bucurie, chiar o mare surpriză, de a fi pe locul doi, la egalitate cu primul, o să-ți facem și noi o mare surpriză.

— Ce surpriză?

— Surpriza-i surpriză, nu se spune.

Cînd trenul ajunsese în fru-moasa gară Predeal, sur-priza de care-i vorbise mama fiului său se produse: băieții se treziră față în față cu cei doi părinți. Cîteva se-cunde toți patru se priviră ochi în ochi fără a-și putea spune un cuvînt. În cele din urmă, mama sparse tăcerea:

— Îți place, băiețel, sur-priza promisă?

— Nu prea! răspunse el.

— Dar, după surpriza fă-cută, m-am simțit dator să vă fac și eu o surpriză. Iat-o! — și-i întinse mamei două bi-le-te de tren.

Mama le luă, citi data de pe ele, ora plecării și zîmbi amar. Apoi se adresă soțu-lui:

— Poftim și vezi și tu sur-priza... Chiar că la așa ceva nu mă așteptam... Eu eram convinsă că tu, băiete, ne consideri pe noi cei mai buni prieteni ai tăi... Păcat că trenul cu care am venit nu face chiar acum calea întoarsă, că vă scuteam de prezența noastră. Haideți la hotel să vă instalăm — spuse ea plină de amără-ciune, înghițindu-și nodul din gît.

Florin căută s-o îmbune, ca atunci cînd făcea vreo boacănă acasă, dar nu fu cu puțință. Tatăl, însă, se dovedi mai înțelegător cu li-bertatea după care tinjeau

băieții și cu suferința soției:

— Lasă, draga mea, nu te întuneca și nu te frămînta ca o pădure cuprinsă de furtună. Chiar dacă rămî-neam două-trei zile, tot sin-guri eram. Băieții cățarați pe piscuri de munte și noi... odihnindu-ne în vreo poie-niță. Rămîne stabilit însă, flăcări: în fiecare seară, la ora nouă fix, ne telefonăm!

În seara următoare, fix la nouă, telefonul sună. Mama, veselă, la început, se în-tristă brusc cînd Florin o avertiză că în următoarele două seri nu-i va mai tele-fona, deoarece vor înnopta la o cabană fără telefon. Nu primi telefon nici în cea de a treia seară. Mama se fră-mîntă îndelung cu gîndu-rile: „Dacă au alunecat bă-ieții în vreo prăpastie? Dacă i-o fi sfîșiat fiarele pădurii?” Pe la ora două din noapte auzi soneria de la ușă. Fugi cît putu de repede și în-trebă îngrijorată:

— Cine este?

— Eu sînt, mămico — se auzi un glas răgușit, venit parcă din altă lume.

Descuie ușa și în prag apără Florin, roșu la față și plin de transpirație.

— Ce s-a întîmplat, băie-țel? Ce-i cu tine în halul ăsta?

— Am amigdalită și febră mare... Mi-e tare rău!

— Nu te-ai dus la doctor? Mircea nu a chemat vreun medic să te vadă?

— Nu m-am putut urni din pat două zile și lui Mir-cea nu i-a păsat de boala mea. A plecat voios pe munte cu grupul.

Mama vru să-l certe că nu a ascultat-o, dar renunță și se duse repede la dulăpio-rul cu medicamente. După ce-i dădu medicamentele necesare, îi ură sănătate și noapte bună. Cînd mama stînsse lumina, Florin îi zise cu mare regret:

— Rău am făcut că nu te-am ascultat... Tot părinții sînt cei mai buni prieteni!

Dr. Virgiliu ENE



VÎRSTA A TREIA

Privirea și zîmbetul bunicilor seamănă mereu cu lumina caldă a soarelui de toamnă revărsat generos asupra copilăriei. Nepoții înseamnă pentru bunici adevărata împlinire a vieții și a rostului lor în lume, cei care le dau conștiința continuității. De aceea, la vîrsta pensiei, a binemeritatei odihne în raport cu obligațiile profesionale, îi găsim pe bunici ocupați, activi, utili, necesari; atît de necesari încît înțelepciunea populară le-a dedicat proverbe.

Familia le datorează mult. Copiii, îndrăgiți de ei, îi îndrăgesc, la rîndul lor, se simt ocrotiți de brațele și privirile lor tandre și grijulii, le ascultă fermecați poveștile, le urmează povețele pentru a-și trăi viața, pentru a-și păstra sănătatea și a ajunge și ei la vîrsta bunicilor.

Blîndețea, răbdarea și înțelepciunea bunicilor



lor sînt de neprețuit în educația tinerei generații, în asigurarea și menținerea coeziunii familiei, în transmiterea experienței de viață de la o generație la alta.

Și dacă copiii sînt „soarele vieții”, bunicii sînt, cu adevărat, „sarea pămîntului”.

DUPĂ 50 DE ANI

Prin amploarea sa sociodemografică, menopauza (ultima menstră sau, retrospectiv, momentul ultimei perioade menstruale, înaintea unui an complet de amenoree), reprezintă un fenomen recent, caracteristic secolului nostru. Speranța de viață a femeii era de 23 de ani în Imperiul Roman, de 33 de ani în Evul Mediu, de 49 de ani la începutul secolului XX în țările industrializate. În prezent, speranța de viață a ajuns în unele țări la cifre apropiate de 80 de ani. La noi în țară aceasta este de 73 de ani.

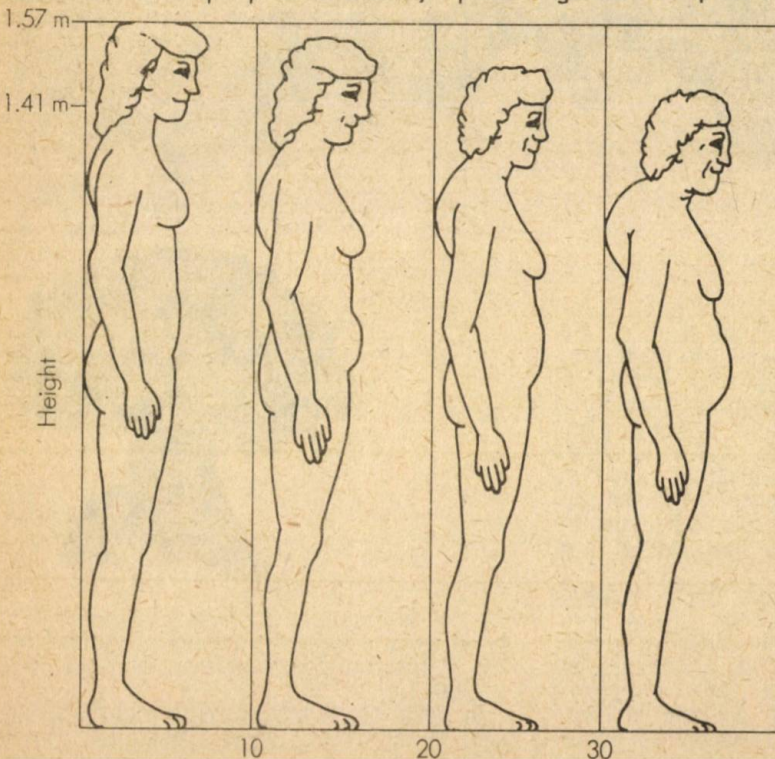
La majoritatea femeilor (75 la sută) menopauza se instalează între 44—50 ani. Aproximativ 15 la sută dintre femei fac menopauza fie între 40—44 ani, fie între 50—53 ani. Restul de 10 la sută fac menopauza precoce, cu ultima menstră înainte de 40 de ani (1—8 la sută dintre femei), sau tardiv, cu ultima menstră după 50 de ani (7 la sută dintre femei). Menopauza reprezintă momentul „jumătății de drum” din viața adultă a femeii; între 20—50 de ani: perioada copiilor (procreare și educare); între 50—80 de ani: timpul pe care femeia și-l poate

afecta în mai mare măsură ei înseși („timpul maturității serene, active”).

Sfârșitul perioadei de fecunditate la femeie se face în 3 timpi, cu durate inegale. Faza de premenopauză este caracterizată de un dezechilibru hormonal progresiv, dominat de insuficiența luteală; menopauza propriu-zisă, care coincide cu oprirea, mai mult sau mai puțin etalată în timp, a menstruațiilor, ce corespunde unei bulversări a axei hipotalamo-hipofizo-ovariene, fiind faza dezechilibrului; postmenopauza, caracterizată printr-o reechilibrare la nivelul sistemului nervos central, putând fi marcată mai târziu prin tulburări periferice și metabolice, în legătură cu carența estrogenică.

Premenopauza corespunde din punct de vedere hormonal unei faze de insuficiență luteală. La sfârșitul perioadei genitale, numărul foliculilor ovarieni se reduce, iar răspunsul lor la stimulul hipofizar diminuează. Scade secreția de estradiol, ceea ce are drept consecință diminuarea efectului său pozitiv asupra descărcărilor de LH. Apar unele cicluri anovulatorii, cu reducerea secreției de progesteron. Se rupe echilibrul estrogeni/progesteron, în favoarea estrogenilor. Hiperestrogenia relativă antrenează o simptomatologie polimorfă: neregularități menstruale, menoragii, metroragii, fibromatoză uterină, mastopatii benigne, retenție hidrosodată, creștere în greutate. Durata premenopauzei poate varia de la câteva luni la câțiva ani.

Menopauza propriu-zisă este caracterizată prin oprirea ciclului menstrual, consecință a încetării secrețiilor ovariene. Se asistă la o dezorganizare completă a axei hipotalamo-hipofizo-o-



Osteoporoză post menstruală: în timp ce înălțimea se pierde odată cu înaintarea în vîrstă (10 ani, 20 ani, 30 ani), coloana vertebrală se curbează și abdomenul devine protuberant. (Reproducere după Osteoporosis: A Clinical Guide).

AFORISME

— Medicina poate prelungi viața, dar chiar medicul e muritor (W. SHAKESPEARE).

— Tinerețea ni se oferă, bătrânețea trebuie să fie cucerită (J.P. JUNOD).

— Înțelepciunea vine odată cu vârsta (OVIDIU).

— Din păcate ne rămâne un interval prea scurt între timpul în care sîntem prea tineri și acela în care sîntem prea bătrîni (MONTESQUIEU).

— De cînd știu că există moartea, bătrînețea mi se pare destul de suportabilă (AUREL BARANGA).

— Toți oamenii vor să trăiască cît lumea, nimeni însă nu vrea să fie bătrîn (J. SWIFT).

— La bătrînețe obișnuințele noastre devin, ca și venele, mai rigide (FR. BACON).

— Ca stejarul cel gros arzînd, unii vîrstnici răspîndesc doare, încălzesc frunțile juvenile

și le exaltă spre ideile și faptele generoase (GEORGE CĂLINESCU).

— Unii se tem de bătrînețea pe care însă nu știu sigur dacă o vor apuca (LA BRUYÈRE).

— Pentru copil, iubirea și înțelepciunea sînt jocul; pentru tînar, jocul și înțelepciunea sînt dragostea; jocul și dragostea bătrînului rezidă în înțelepciune (LUCIAN BLAGA).

— Munca, între alte avantaje, îl are și pe acela că scurtează zilele, dar lungeste viața (D. DIDEROT).

— Sînt tineri cei ce știu să facă din viață o tinerețe (T. BANTEA).

— Bătrînețea este satisfacerea unui drept cîștigat la naștere (DOREEN NORTON).

— Cei mai mulți bătrîni nu știu să întrebuițeze tinerețea ce le-a rămas (NICOLAE IORGA).

— Oamenii în vîrstă fac prea multe obiecții, se sfătuiesc prea îndelung, se aventurează prea puțin și se călesc prea repede (LUCIAN BLAGA).

— Nimic nu trece mai iute decît anii (OVIDIU).

— Bătrînețea vine brusc, ca zăpada într-o dimineață; cînd te trezești, bați de seamă că totul e alb. (J. RENARD).

— Viața trebuie măsurată după gîndire și acțiune, iar nu după timp (J.L. AVEBURY).

— Omule, trăiește în fiecare zi ca și cum ar fi cea din urmă în viața ta și totuși ca și cum ai mai avea cincizeci de ani de trăit (BACHILLIDE).

variene. Nivelul gonadotropilor hipofizari crește foarte mult. La nivelul hipotalamic dispa-riția feed-back-ului gonadic asupra sintezei LH-RH se însoțește de bulversarea unor funcții neuro-vegetative (controlul apetitului, vigilen-ței, termogenezei).

Manifestările clinice ale menopauzei sînt și ele marcante. Circa 20 la sută dintre femeile la me-nopauză nu prezintă suferințe manifeste. Restul femellor acuză tulburări polimorfe. Frecvența relativă a acestora este următoarea: bufee de căldură, 60—70 la sută dintre femei; tulburări de somn, 55—60 la sută; iritabilitate, 50—55 la sută; creștere în greutate, 45—50 la sută; du-reri vertebrale și articulare, 50 la sută; diminue-rea memoriei, 45—50 la sută; astenie generală, 45 la sută; cefalee, 35—40 la sută; stări depre-sive, 30 la sută.

Unele dintre aceste tulburări sînt consecința reducerii valorilor estrogenilor, altele, variați-lor aminelor hipotalamice, veritabilă ruptură a echilibrului sistemului de neurotransmițători. Sînt interesați principalii neurotransmițători: dopamina, serotonina, noradrenalina, endorfi-nele, enkefalinele.

De notat faptul că unele dintre tulburările apărute la această vîrstă nu sînt totuși conse-cința directă a menopauzei, ci a altor factori, cum ar fi schimbarea ritmului familial: copiii părăsesc casa părintească, iar mama resimte un sentiment de inutilitate, de gol, suficient să ex-plice stările depresive. Este așa-zisul „sîndrom de cuib gol” (empty Nest Syndrom) al autorilor americani.

Perioada de menopauză este de obicei „calmă”, simptomele psiho-neuro-vegetative dispărînd. Carențele hormonale asociate mani-festărilor generale ale senescenței explică diver-sele tulburări trofice și metabolice ce apar acum, uterul se atrofiază, vulva și vaginul sînt slab umețate, explicînd dispareuniile, sîinii di-minuă în volum și tonicitate, apar tulburări micționale, pielea se deshidratează. Se asistă la apariția osteoporozei și dezechilibrelor lipidice, care facilitează ateroscleroza și apariția tulbura-rilor vasculare.

Un procent important dintre femeile la me-nopauză — aproximativ 20 la sută — nu nece-sită tratamente particulare, neprezentînd nici un fel de acuze subiective. La celelalte, terapia va fi adecvată fazei menopauzei și/sau tulburări-lor particulare.

În perioada de premenopauză dereglările cele mai frecvente, așa cum s-a menționat, sînt re-prezentate de tulburările menstruale, explicate de deficitul de progesteron. Tratamentul constă în administrarea unui progestativ din ziua a 16-a pînă în ziua a 25-a a ciclului.

Tratamentul menopauzei propriu-zise se re-feră mai ales la corectarea tulburărilor generate de bulversarea centrală, a dezechilibrului neu-rotransmițătorilor. Bufee de căldură și tulbu-rările psihice sînt expresiile dominante ale ace-sței perioade. Este bine ca tratamentul hormonal (estro-progestativ) să fie recomandat de medi-cul endocrinolog sau de ginecolog, familiarizați cu probleme de endocrinologie, avîndu-se în vedere multiplele contraindicații ale acestuia (cancer genito-mamare, hepatite, diabet etc.).

Este necesară o supraveghere ginecologică și uneori chiar mamografică (anual). Există multe alte scheme terapeutice, depinzând mai ales de accesibilitatea pentru unele sau altele dintre preparatele estrogenice.

Un aspect particular îl reprezintă prevenirea și tratarea osteoporozei de menopauză. Aproximativ 25 la sută dintre femeile la menopauză fac această complicație. Această frecvență și costul ridicat al terapiei impune măsuri profilactice riguroase. Cu titlu orientativ, să menționăm că numai pentru tratamentul țesuturilor vertebrale, consecință a osteoporozei de menopauză, se cheltuiesc anual în Franța 500 000 000 franci. Costul unei alte complicații, fractura de col femural, este și mai mare, de circa 1 350 000 000 franci anual. În primul rând se vor avea în vedere și vor fi combătuți factorii de risc ce predispun la apariția osteoporozei: greutatea redusă față de înălțime; menopauza precoce sau ovariectomia; antecedente familiale de osteoporoză; factori alimentari — aport scăzut de calciu, vitamina D și aport crescut de cofeină, alcool, proteine; fumatul; viața sedentară. La vîrsta cînd apare osteoporoza supravegherea ginecologică este necesară.

Tratamentul cel mai bun al osteoporozei de menopauză rămîne, totuși, cel preventiv, constituit de triada estrogeni-calciterapie-combaterea sedentarismului.

Dr. Eusebie ZBRANCA
șeful Clinicii de endocrinologie
I.M.F. Iași

OSTEOPOROZA

Osteoporoza, maladie puțin cunoscută și neglijată pînă nu de mult, este astăzi în centrul atenției lumii medicale, datorită morbidității impresionante (peste 6% din populația globului), devenind o problema de sănătate publică. Numărul mare de studii dedicate acestei boli în ultimul deceniu este justificat de prețul de cost ridicat al tratamentului osteoporozei și al complicațiilor sale. Recunoașterea bolii în stadiile ei precoce, înainte de apariția fracturilor, precum și depistarea indivizilor cu susceptibilitate crescută față de factorii de risc specifici oferă posibilitatea sancțiunii terapeutice timpurii a procesului morbid.

O caracteristică a osteoporozei este aceea că „ceea ce se pierde din masa osoasă este bun pierdut”, astfel încît obiectivul medicului trebuie să fie acela de a diagnostica repede și a trata înainte de apariția complicațiilor, precum și de a realiza o profilaxie corectă în cazul persoanelor predispuse. Boala generală a scheletului, se manifestă prin rarefierea țesu-

tului osos (pierderea tramei proteice) și cu mineralizare normală. Este, așadar, vorba de o scădere a densității osoase, valabilă pentru toate compartimentele scheletului, dar care afectează preponderent coloana vertebrală și oasele mari.

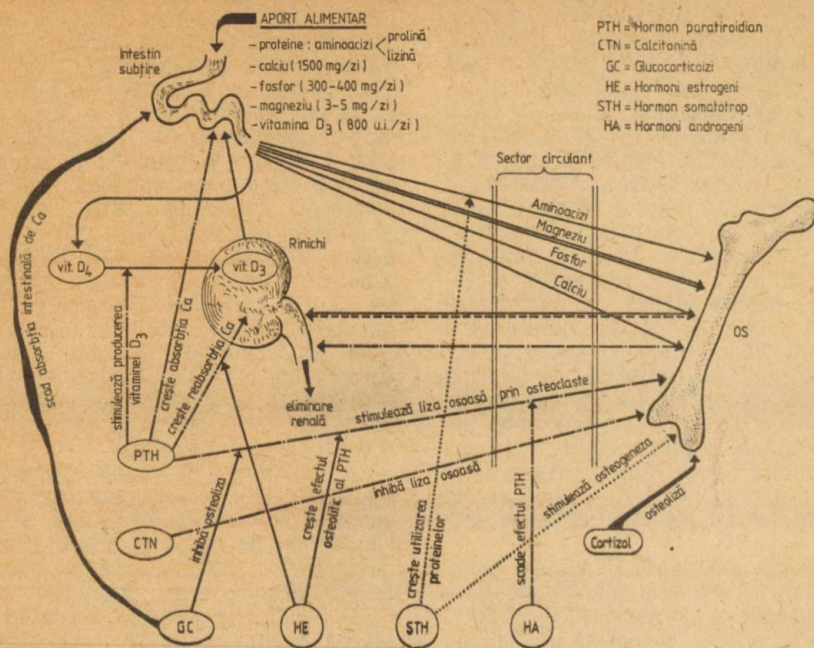
Orice material osos este alcătuit din două componente — organică și anorganică. Componenta organică este reprezentată de matricea de colagen (95%), glicoproteine (3%), fosfoproteine (1%), mucopolizaharide și lipide. Componenta anorganică majoră o constituie hidroxiapatita, un mineral macrocristalin cu formula $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6$. Acest material este inițial dezvoltat pe matricea minerală sub forma fosfatului de calciu, fiind apoi transformat în hidroxiapatita printr-un proces enzimatic, în prezența fosfatazei alcaline. În os mai pot fi întîlnite în cantități variabile, dar foarte mici, și alte minerale (ioni carbonat, magneziu, sodiu și fluor). Cea mai mare parte a mineralului din structura osului are rol plastic, fiind metabolic stabil în condiții fiziologice.

La vîrsta de 20 de ani scheletul îmbracă forma sa definitivă. De la această vîrsta masa scheletică rămîne aproximativ constantă, dar osul viu nu este nicînd în odihnă metabolică, ci își remodelează continuu depozitele sale minerale după liniile de forță. Dacă factorii ce controlează formarea și resorbția osului nu sînt încă bine înțeleși și cunoscuți, se poate afirma însă că cele două procese sînt cuplate, astfel încît formarea de os implică și resorbția sa concomitentă (osteogeneza implică osteoliză).

Osul este remodelat de celule osoase aflate pe suprafața periostului, endostului, sistemului haversian și trabecular. Dintre acestea, cea mai activă porțiune este sistemul trabecular, fapt ce explică localizarea la acest nivel a multor afecțiuni ce cauzează osteoporoza. Procesul de remodelare a osului începe în timpul perioadei fetale, se accelerează în copilărie și continuă pe tot parcursul vieții. Rata de remodelare a corticalei osoase în primii doi ani de viață se apropie de 50%, cu prevalența depunerii materialului proteic și mineral. La adult, rata de remodelare osoasă este de aproximativ 5%. Cu vîrsta, balanța dintre formarea și resorbția osului se inclină spre ultima. În jurul vîrstei de 40 de ani rata formării se apropie de 0, în timp ce rata resorbției crește. La 70 - 80 de ani masa scheletului se poate reduce cu pînă la 50% comparativ cu vîrsta de 30 de ani.

Studiul statistic pe grupe mari de bolnavi a condus spre evidențierea unor factori de risc în osteoporoză ce țin de vîrstă, sex, statusul endocrin, imobilități, paralizii, sedentarism, dietă neadecvată. Din parcurgerea lor constatăm că persoana cea mai expusă la osteoporoză este femeia trecută de vîrsta de 50 de ani, cu o dietă săracă în calciu și vitamina D. Factorii de risc cunoscuți sînt:

a) Sexul. Cel mai frecvent afectate sînt femeile, deoarece au masa osoasă mai mică. După menopauză se constată apariția osteopo-



FACTORI CE INTERVIN ÎN METABOLISMUL PROTEIC ȘI MINERAL AL OSULUI

zozei la circa 20% din femei.

b) Vîrstă. Cea înaintată este un factor de risc însemnat, deoarece masa osoasă scade odată cu creșterea în etate și cu reducerea activității fizice a individului.

c) Factorii genetici. Există boli genetice asociate cu osteoporoza, cum ar fi sindromul Turner, glicogenozele, homocistinuria, osteogeneza imperfectă etc.

d) Factorii nutriționali. Un aport insuficient de calciu reprezintă un factor predispozant important. Aportul de vitamină D₃ este, de asemenea, un important factor necesar pentru buna metabolizare a calciului. Astfel, un adult are nevoie de 400 u.i./zi, în timp ce un bătrîn necesită 800 u.i./zi. Diabetul constituie, de asemenea, un factor de risc pentru osteoporoza.

e) Factorii endocrini. Hiperparatiroidismul primar sau secundar este asociat cu osteoporoza, osteomalacie și osteodistrofie chistică (boala von Recklinghausen). La vîrșnici, producția renală de vitamină D₃, ca răspuns la perfuzarea rinichiului cu PTH, (hormon paratiroidian) este imperfectă. La femeile după menopauză s-a constatat că osteoclastele lor răspund excesiv la PTH. Estrogenii sînt hormoni responsabili de scăderea răspunsului osteoclastic la PTH, or după menopauză secreția acestor hormoni este scăzută. Mecanismul intim nu este cunoscut, dar ar permite o posibilă explicare a osteoporozei postmenopauză.

f) Lipsa de activitate fizică.

După contextul clinico-biologic în care se

manifestă se deosebesc opt tipuri de osteoporoza:

1) **Osteoporoza senilă și cea postmenopauză** apar într-un context biologic edificator, în care se asociază mai mulți factori de risc din cei enumerați mai sus. Cu vîrstă, balanța dintre formarea și resorbția osului se înclină spre ultima, ducînd la o scădere a masei osoase. De asemenea, răspunsul renal la perfuzarea cu PTH este imperfect cînd titrul hormonilor estrogeni este scăzut. Absorbția calciului la nivelul tubului digestiv scade odată cu înaintarea în vîrstă. Acest tip de osteoporoză are cea mai mare frecvență (peste 95% după statisticile americane). După aceleași surse, peste 50% din femeile trecute de 50 de ani suferă de osteoporoză și mai mult de 30% sînt tratate în serviciile de ortopedie pentru diverse fracturi. Pe o statistică de 1 milion de cazuri s-a constatat că mai bine de 80% din fracturile apărute la femeile de peste 50 de ani sînt secundare osteoporozei. Dintre acestea, circa 200 000 sînt fracturi ale șoldului.

2) **Osteoporoza presupus genetică (moștenită)** se întîlnește în osteogeneza imperfectă și în homocistinurie. Ambele afecțiuni sînt rare.

3) **Osteoporoza endocrină** poate fi bănuită atunci cînd pacientul este un copil sau un adult tînăr, impunîndu-se investigații suplimentare pentru stabilirea eventualului context endocrin în care a survenit.

4) **Osteoporoza din dieta neadecvată** ține de cantitatea și calitatea hranei ingerate. Con-

sumul cronic de alcool poate duce la osteoporoză, cunoscut fiind că etanolul inhibă pătrunderea calciului în intestin. Lipsa de vitamina C din alimentație duce la scorbut, boală în care osteoporoza este constant prezentă.

5) **Osteoporoza iatrogenă** apare în cazul folosirii unor medicamente cum ar fi Heparina (care ar acționa alterând metabolismul mucopolizaharidelor), Metotrexatul și Cortizonul.

6) **Osteoporoza în cadrul algodistrofiei** (sindrom Sudeck - Leriche) a fost descrisă de diferiți autori, începând cu Mitchell (1864) și până la Lenggengerhager (1971). Numele de osteoporoză aligă posttraumatică nu evidențiază complexitatea afecțiunii, întrucât osteoporoza este secundară algodistrofiei și apare nu numai după traumatisme mecanice, ci și după degerături, boli ale sistemului nervos (psihiopatii, epilepsie, accidente vasculare), boli ale sistemului circulator (infarct, insuficiență circulatorie periferică), gută, hipertiroidism, ca și după infecții, intervenții chirurgicale etc. În 25% din cazuri boala Sudeck-Leriche este idiopatică!

7) **Osteoporoza din bolile de sistem** se întâlnește în mielomul multiplu (boala Rustițki - Kahler), în leucemie și limfoame. Medicul practician trebuie să analizeze această posibilitate ori de câte ori se află în fața unui pacient de peste 50 de ani care prezintă osteopenie.

8) **Osteoporoza idiopatică** este forma cea mai rară, care apare într-un context de integritate funcțională al celorlalte organe. Au fost descrise două forme de osteoporoză idiopatică - adultă și juvenilă.

Osteoporoza se manifestă printr-o rarefiere a substanței osoase de care pacientul nu este inițial conștient. Expresia clinică a fragilității osoase este fractura porțiunilor scheletice modificate în urma procesului morbid. Maladia nu evoluează în mod liniar, ci prin pusee. Astfel, se constată perioade în care distrucția osoasă este mai rapidă, care alternează cu perioade în care distrucția osoasă este lentă. În osteoporoză fracturile apar inițial la nivelul scheletului axial, producându-se tasarea corpilor vertebrale lombari și toracali. Ulterior sint afectate colul femural, ramura pubiană a coxalului, epifiza distală a radiusului etc. O caracteristică importantă a acestor fracturi este că se produc la solicitări mecanice minime, de obicei uzuale. Într-o fază mai evoluată apar complicații ale tasărilor vertebrale, cum ar fi scăderea în înălțime, malpoziția coloanei și suprasolicitarea musculaturii posturale. În cazurile grave se poate ajunge la insuficiența statică a scheletului, ca invaliditate parțială sau totală a individului.

De importanță primordială este ca osteoporoza să fie recunoscută înainte de apariția acestor complicații. Diagnosticarea precoce a osteoporozei nu se poate face decât paraclinic. În practică, diagnosticul se bazează întotdeauna pe evidențierea radiologică a scăderii densității osoase. Dezavantajul acestei explorări este că semnele radiologice de osteoporoză apar atunci când masa osoasă scade

semnificativ (sub 66%). Dar acest dezavantaj este minim, deoarece, dacă se intervine în această fază printr-un tratament adecvat se poate preveni apariția fracturilor.

În Clinica de ortopedie și traumatologie a Spitalului militar central - București, screening-ul osteoporozei se face prin radiografii de față și profil ale coloanei toraco-lombare la pacienții care acuză episoade acute de durere vertebrală. Evidențiem, astfel, aspectul „șters” al imaginii radiologice în cazurile în care pierderile de masă osoasă sint semnificative. De asemenea, efectuăm calculul indexului medular pentru carpiul al II-lea pe radiografia standard a minii stîngi. Dacă suma grosimilor celor două corticale este mai mică decît 1/2 din grosimea canalului medular, suspiciunăm osteoporoza și, în funcție de contextul clinic și de manifestările asociate, continuăm explorările în această direcție.

Ca determinări de rutină, efectuăm în cazurile menționate hemoleucograma, VSH, examenul total de urină pe 24 de ore, cu măsurarea eliminărilor de calciu și fosfor, precum și determinarea calciului și a fosforului seric, a fosfatazei alcaline, ureei, creatininei. În osteoporoză rezultatele acestor explorări se încadrează în limite normale. În cazul în care suspiciunăm o osteopenie datorată unui mielom multiplu, efectuăm electroforeza proteinelor serice. Explorările enumerate sint utile mai ales pentru diagnosticul diferențial, deoarece sint cazuri în care diminuarea intensității osoase pe imaginea radiologică nu se datorează osteoporozei, ci unor alte maladii.

Terapia osteoporozei presupune tratamentul de fond al maladiei și tratamentul ortopedic-chirurgical al complicațiilor acesteia. Vom discuta pe rînd cele două laturi terapeutice.

Tratamentul de fond. Dat fiind că osteoporoza reprezintă un dezechilibru între formarea și resorbția osoasă, factorii terapeutici utilizați în această boală pot fi clasificați în inhibitori ai distrucției osoase și stimulatori ai osteogenezei. Dacă osteoporoza este clinic manifestă, respectiv dacă s-a ajuns în faza complicațiilor, înseamnă că pacientul prezintă o pierdere considerabilă în masa osoasă (circa 50%). În acest caz, este necesar să se acționeze cu stimulatori ai osteogenezei. Dacă diagnosticul a fost pus înainte de apariția complicațiilor, se vor folosi inhibitori ai lizei osoase, aceștia din urmă fiind indicați și în profilaxia bolii.

Activitatea fizică constituie cel mai ieftin stimulator al osteogenezei, fiind în același timp cel mai eficient, cu condiția ca efortul fizic să fie gradat în funcție de posibilitățile individuale și de forma de osteoporoză existentă. Este cel mai important factor în profilaxia bolii.

În tabel, redăm factorii terapeutici utilizați în terapia osteoporozei, precum și frecvența folosirii lor.

Tratamentul complicațiilor osteoporozei. Fracturile pe oase osteoporotice pot fi clasifi-

Factorii terapeutici utilizați în terapia osteoporozei

Numele produsului sau asocierea utilizată	Frecvența utilizării
Fluorură de Na	de regulă
Fluorură de Na + Calciu + Vit. D ₃	foarte frecvent
Calcitonină	frecvent
Calcitonină în doze mici	rar
Steroizi anabolizanți	foarte frecvent
Estrogeni	frecvent
Metaboliți de Vit. D	rar
Suplimentarea rației de Ca	de regulă
Hormon paratiroidian (PTH)	în experiment
Hormon de creștere (STH)	"
Difosfonate	"
Fosfați (în asociere cu alte tratamente)	"
Exerciții fizice	de regulă

vîrstelor înaintate, cu tablouri clinice și biologice complexe, în care osteoporoza este un factor des întîlnit, dar care, printr-o bună cunoaștere a problemei, ar putea fi eliminat într-un procent însemnat.

Prof. dr. doc. Gheorghe NICULESCU,
dr. Marius SCARLAT
Desen: arh. Alexandru LUPAN

SCLEROZA MULTIPLĂ

cate în fracturi ale scheletului axial (corpuri vertebrale) și fracturi ale scheletului extremităților.

a) Tratamentul fracturilor corpurilor vertebrale presupune repaus pe pat dur 7 - 12 zile, gimnastică respiratorie, calmarea durerii. Nu este necesară internarea în spital.

b) Tratamentul fracturilor scheletului extremităților se bazează pe aceleași principii de traumatologie osteoarticulară ca și fracturile oaselor sănătoase. În cazul tratamentului ortopedic se evită perioadele prelungi de imobilizare, iar în cazul tratamentului chirurgical vom prefera procedeele care permit o mobilizare rapidă a bolnavului după operație (de exemplu tije Ender în fracturile masivului trochanterian), protezele cervicocefalice Moore în pseudartrozele și fracturile colului femural, osteosintezele stabile etc.

Profilaxia osteoporozei. Principiul clasic potrivit căruia este mult mai ușor să previi decât să vindecî se aplică perfect și în cazul osteoporozei. Necesitatea de a face o profilaxie corectă a bolii este justificată de inconveniențele diagnosticării tardive, de prețul de cost ridicat al terapiei, de suferințele bolnavilor afectați. În acest scop, este necesar să se înțeleagă importanța activității fizice în păstrarea masei osoase cît și a unei alimentații bogate în calciu. Din acest punct de vedere, produsele lactate sînt ideale (un pahar de 200 ml lapte conține 250 mg Ca). Femeile care au depășit vîrsta de 50 de ani și care prezintă dureri osteocele la nivelul scheletului axial vor fi investigate radiologic și, dacă se constată semne de osteoporoză, trebuie început tratamentul cu fluorură de sodiu.

Toate aceste elemente de profilaxie sînt necesare deoarece, prin creșterea duratei medii de viață în țara noastră, medicul practician se confruntă din ce în ce mai des cu patologia

Identificată cu mai mult de un secol în urmă, deși i s-a dedicat un imens volum de cercetări, scleroza multiplă continuă să fie încă o boală în care factorii care o determină și o întrețin au rămas insuficient clarificați. Primele date și denumiri despre această grea maladie se leagă de numele lui J. Cruveilhier, profesor de anatomie patologică la Paris. El a realizat prima descriere anatomo-clinică în anul 1835, în care este remarcat unul din caracterele morfologice ale bolii, „scleroza în pete sau în insule” la nivelul măduvei spinării, în cazul unui bolnav cu paraplegie. A. Vulpian, în anul 1867, în cadrul unor cercetări anatomo-clinice mai ample, remarcă aceleași aspecte, dar introduce denumirea de scleroză în plăci. Anatomopatologul britanic R. Carswell, în 1938, continuă cercetările și descrie noi cazuri anatomo-clinice cu scleroze la nivelul întregului sistem nervos central (encefal, măduvă) denumit nevrx.

Cît privește numele bolii, denumirile actuale continuă să fie cele inițial sugerate: scleroza multiplă sau scleroza în plăci, deși leziunea sclerotică reflectă numai etapa evolutivă finală, cu caracter de leziune definitiv constituită, a modificărilor morfologice imprimate de boală. Procesele anterioare inflamatorii și demielinizante în parte pot fi reversibile spontan sau terapeutic sau pot induce prin distrugerea axonală leziuni definitive, în care neuronii sînt înlocuiți de o proliterare a nevroglii (celule care împreună cu neuronii formează parenchimul cerebral) care constituie placa de scleroză. Nevroglia (astroglia, oligodendroglia, microglia) constituie un țesut al encefalului și măduvei care are un rol funcțional multiplu. Ea mediază schimburile dintre sînge și encefal, formînd bariera hemato-encefalică, contribuie la stabilitatea și metabolismul tecii de mielină a axonilor și la eliminarea pe cale sanguină a

detritusurilor (resturilor) celulare și microbiene în caz de infecții.

După cum se știe, microscopic s-au remarcat trei tipuri de leziuni elementare, care se succed și duc în final la constituirea plăcilor de scleroză la nivelul sistemului nervos central.

Cele trei tipuri de leziuni elementare sînt constituite din manșoane inflamatorii perivascularare de celule monocelulare, limfoplasmocitare, disociere mielino-axonală (demielinizare), modificări gliale constind din rarefierea oligodendrologiei (care contribuie la întreținerea troficității tecilor de mielină a axonilor și intensă proliferare a astroglii, respectiv glioză, placa de scleroză).

Aceste trei tipuri de leziuni sînt diseminate cu maximă prevalență de substanța albă a sistemului nervos central (nevrax). Din acest motiv, scleroza multiplă este încadrată în bolile leucoinflamatorii (leuconevraxite) sau în bolile leucodemielinizante (leucos-alb).

Procesul morfo-patologic poate fi reversibil cît timp nu s-a ajuns la distrugerea axonală, întrucît remielinizarea se poate realiza adeseori și spontan. Distrugerea axonală constituie bariera ireversibilă a leziunilor anato-mo-patologice, deoarece după ea urmează proliferarea glială ce duce la constituirea plăcii de scleroză care rămîne definitivă.

În concordanță cu modalitățile evolutive ale leziunilor morfologice se exprimă și simptomatologia bolii, cu simptome care pot fi reversibile sau pot rămîne definitive cînd sînt expresia unei plăci de scleroză constituite. Astfel, evoluția bolii se efectuează în etape active denumite „pusee”, ecartate între ele prin intervale foarte variabile în timp. Prin succesiunea puseelor se amplifică simptomatologia clinică a bolii, fiecare puseu aducînd după sine noi simptome ce rămîn definitive – expresia plăcilor de scleroză. În general, la primele pusee se observă remisiuni numeroase a simptomelor clinice sau chiar remisii complete.

În formele clasice, manifestările simptomatice ale bolii includ trei categorii de semne care domină tabloul clinic: semnele de invaliditate motoare prin interesarea căii principale motorii a nevraxului, calea piramidală care conduce motilitatea activă sau voluntară, tulburări de echilibru, induse de afectarea cerebelului și a căilor vestibulare și simptome de suferință a nervilor cranieni, îndeosebi a nervului optic (tulburări de vedere) și a nervilor oculari (strabism, diplopie = vedere dublă).

Un alt element caracteristic îl constituie interesarea predilectă a vîrstei tinere (adolescență, adult tînăr), în etapa cea mai productivă, la rîspîntia de decizie a opțiunilor profesionale. Înserarea debutului bolii în adolescență și la adultul tînăr și severele invalidități determinate de boală explică pe deplin faptul că scleroza multiplă constituie una din marile probleme ale medicinei contemporane, atît din punct de vedere medical cît și social.

În domeniul investigațiilor paraclinice s-au

făcut progrese evidente în diagnosticul umoral (determinarea imunogammaglobulinelor monoclonale din lichidul cefalo-rahidian și determinarea subpopulațiilor limfocitare din sînge) și în diagnosticul bioelectric – determinarea potențialelor evocate senzoriale (vizuale și auditive) și senzitive (sometestive). Un aport de perspectivă în precizarea diagnosticului este relevat în prezent de utilizarea mijloacelor neurologice de investigații computerizate (tomografia axială computerizată, rezonanța magnetică nucleară).

În unele situații diagnosticul pozitiv este încă foarte dificil. Din acest motiv McAlpine a propus în 1972 o modalitate de încadrare valabilă și astăzi a sclerozei multiple în raport cu manifestările clinice și rezultatele examenelor de laborator: scleroză multiplă certă (simptomatologie ce relevă leziuni multifocale caracteristice, evoluție în episoade recurente, pusee și simptome de laborator sugestive); scleroză multiplă posibilă (în situațiile în care deși există o simptomatologie sugestivă, lipsește caracterul evolutiv caracteristic, iar rezultatele de laborator sînt incerte); scleroză multiplă probabilă (semne clinice puține, evoluție necaracteristică, dar cu un istoric apropiat).

Problema fundamentală a bolii o constituie și astăzi etiopatogenia (cauze și mecanisme). Cele mai numeroase studii insistă spre un tîrziu patogenetic constituit din factorul imunitar, viral și genetic.

Cercetările actuale tind să încadreze scleroza multiplă în bolile imunogenetice de un tip particular. Factorul infecțios viral nu a putut fi suficient demonstrat și netransmisibilitatea interumană a bolii constituie pentru mulți cercetători o scoatere a ei din cadrul bolilor infecțioase. Totuși, factorul infecțios viral nu poate fi complet negat. Lista anticorpilor antivirali identificați în diferite cercetări este destul de lungă și în același timp nesemnificativă. Astfel, au fost evidențiați anticorpi privind virusul rujeolic, parainfluenței, vaccinei, herpetic, citomegalic, canin-distemper, Carp-Henle etc., ajungîndu-se chiar la incriminarea unui factor infecțios subviral, de tip „prion” (Prüssinger-1984). Argumente pentru unul sau altul din aceste virusuri nu lipsesc, dar ele nu sînt nici pe departe în măsură să acopere un procent semnificativ de cazuri.

Factorul genetic, deși nu și-a demonstrat încă valențe practice, trebuie luat totuși în considerare ca punct de plecare al tuturor evenimentelor patologice ale bolii, avînd în vedere frecvența unor complexe majore de histocompatibilitate ce au fost frecvent semnalate la bolnavii cu scleroză multiplă (HLA – A₃, – B₇, – D W₂ – DR W₂). S-au emis ipoteze și pentru implicarea unor gene fixate pe cromozomul 6.

Factorul imunitar are totuși în momentul de față cele mai multe opțiuni, întrucît toate cercetările actuale îl relevă ca fiind implicat. Deteriorarea genetică a imunoreactivității sau dobîndită prin acțiunea princeps a unor factori virali și întreținută ulterior prin produși de dezintegrare a mielinei cu o mare capacitate an-

tigenică constituie ipoteza cea mai larg acceptată, asupra căreia sînt îndreptate majoritatea cercetărilor actuale.

O amploare deosebit de mare au luat în prezent și cercetările epidemiologice legate de factorii geoclimatici. În raport cu prevalența sclerozei multiple s-a relevat un gradient geografic latitudinal, stabilindu-se pe baza lui trei categorii de zone, în ceea ce privește riscul la contractarea bolii: zone cu risc ridicat (prevalența peste 40 cazuri la 100 000 locuitori); zone de risc intermediar (20-39 la 100 000 locuitori); zone cu risc scăzut (0-19 la 100 000 locuitori).

Studiile epidemiologice au arătat că în apropierea ecuatorului prevalența este absolut nesemnificativă. Riscul de îmbolnăvire devine semnificativ după latitudinea de 40° N sau S. În Europa latitudinea geografică de risc ridicat se situează între 47-60° lat. N. Pe măsura extinderii cercetărilor epidemiologice s-a observat că latitudinea nu constituie totuși un element de risc absolut determinant.

La aceeași latitudine s-au relevat benzi diferite de risc. Teoria actuală a benzilor este legată de unele variabile socio-culturale mai puțin dependente de latitudine. Astfel, aglomerațiile urbane sînt mai expuse riscului de îmbolnăvire decît zonele rurale. Relieful geografic, de asemenea, poate reprezenta un gradient de morbiditate, zonele de cîmpie sînt mai puțin expuse decît cele de coline, deal sau munte. În cadrul migrațiilor populaționale mai mari, după cel de-al II-lea război mondial, s-a remarcat și un transfer al factorului de risc la populațiile care au migrat din zonele cu risc ridicat în zonele cu risc scăzut.

În concluzie, opțiunile actuale sînt în favoarea unei susceptibilități genetice la boală, determinate de anumite particularități ale sistemului autoimun. Pe acest fond unul sau mai mulți agenți din mediu interacționează cu gazda umană susceptibilă, la o vîrstă în-deosebi tînră, și produce modificări structurale multiple de genul celor descrise în sistemul nervos central, prin declanșarea răspunsului sistemului imunitar genetic modificat.

Legat de aceste ipoteze etiopatogenice, s-au elaborat și schemele terapeutice.

Este important să reamintim că în scleroza multiplă, în îndelungatul timp de peste un secol, s-au efectuat alît de numeroase încercări terapeutice încît se poate aprecia ca fiind epuizate aproape toate drogurile existente. Printr-o îndelungată selecționare își mențin în momentul de față justificarea: hormonii corticoizi sau corticotropi, cum sînt Cortizonul și ACTH, și substanțele imunomodulatoare sau imunosupresoare, cum sînt Azotiaprina (Imuranul), Ciclofosfamida, imunoglobulinele specifice umane antirujeolice la un titru scăzut și, de recentă încercare, Lomustinul (1-2 clor-etil-3-cicli-3 hexil-1-nitrouree). La noi în țară s-a încercat și un imunomodulator denumit Rodilemid. Din cercetările actuale se pare, însă, că elementul cheie în obținerea unui efect terapeutic eficient îl constituie realizarea unei imunomodulări în funcție de etapa evolutivă a bo-

lii, avînd ca element de referință studiul subpopulației limfocitare (procentul limfocitelor T-helper, T-supresor, N și NK și al limfocitelor B). Elaborarea unei scheme terapeutice legată de indicele de reactivitate autoimună caracteristic fiecărei etape evolutive a bolii, reflectat de proporția subpopulațiilor limfocitare, constituie preocuparea actuală pentru obținerea unor efecte terapeutice mai semnificative.

Linfocitele T, formate de timus, și limfocitele B, formate în măduva oaselor, sînt factorii care participă la realizarea proceselor de apărare a organismelor prin elaborarea anticorpilor (imunoglobuline), realizînd prin aceasta ceea ce se numește autoimunitate. În cadrul subpopulațiilor limfocitare, limfocitele T-supresor (TS) au rolul de modelare a procesului autoimun cu sprijinul limfocitelor T-helper (ajutoare, notate cu TH). Din grupul subpopulațiilor limfocitare se formează în cursul dezvoltării procesului autoimun o subgrupă notată cu NK (celule ucigașe), sensibilizate la produsele intermediare ce apar în cursul procesului demielinizant (proteina bazică), devenind agresoare pentru proprii neuroni. Astfel, procesul de distrugere neuronală se perpetuează sub forma unor reactivări a bolii la durate de timp variabile ce constituie așa-zisele pusee evolutive.

Cercetările actuale argumentează ideea că într-un viitor foarte apropiat enigma etiopatogenică a sclerozei multiple va putea fi elucidată și odată cu ea vor fi obținute soluții terapeutice pe deplin eficiente.

Prof. dr. Ion STAMATOIU
IMF București

TERAPIA MEDICAMENTOASĂ A GLAUCOMULUI

Glaucomul este reprezentat printr-un complex de stări patologice produs de creșterea tensiunii intraoculare peste limitele normale (10-22 mm Hg) și de anumite leziuni vasculare ce conduc la atrofia progresivă a nervului optic (pierderea vitalității), de care depinde menținerea funcțiilor vizuale, a vederii.

Dintre cele trei tipuri importante de glaucoame - congenital, primar și secundar - ultimele sînt caracteristice vîrstei de peste 60 de ani, cînd leziunile vasculare și tulburările endocrine și metabolice legate de îmbătrînire se accentuează.

Ridicarea tensiunii oculare se produce din cauza unei secreții exagerate de umoare

VÎRSTA A TREIA

apoasă, care nu se elimină în măsura în care este secretată. Umoarea apoasă este acel lichid viscos care ocupă spațiul dintre corneea și cristalin. O tensiune intraoculară echilibrată (oftalmotonusul normal) este menținută în limite constante prin reglarea formării și curgerii umorii apoase. Formarea acestui lichid este influențată de anumite procese metabolice, iar curgerea este determinată de unghiul camerular, care este constituit genetic, de unde și existența factorilor genetici de apariție a glaucomului.

La baza glaucomului cronic (numit și glaucom simplu) se află o deficiență anatomică (ține de structura individuală), existența unui unghi camerular îngust, care predispune la tulburări în scurgerea lichidului (umoarea apoasă), creindu-se hipertensiunea intraoculară. I.a. predispoziția genetică, anatomică, pentru apariția glaucomului cu unghi îngust se adaugă și unele cauze create de anumite condiții - emoțiile puternice, stresul, ingerarea unor volume mari de lichide, a unor substanțe nocive - alcool, medicamente (atropină, beladonă, scopolamină, corticosteroizi și altele). De aceea, produsele ce conțin asemenea substanțe medicamentoase (Bergonalk, Distonocalm, Fobenal, Foladon, Lauronil, Lizadon, ACTH, Prednison, Dyprophos etc.) nu pot fi administrate celor cu predispoziție anatomică pentru glaucom. Se vor evita chiar preparatele topice (locale), care se aplică pe mucoase sau piele - soluții și unguente oftalmice sau nazale, preparate dermice, căci, prin absorbție, principiile glaucogene ajung în circuitul general și pot produce criza de glaucom sau glaucomul acut.

Glaucomul cu unghi (închis), care este mai puțin frecvent decât glaucomul cu unghi deschis, se poate datora unor condiții impuse de vîrstă, care duc la închiderea (îngustarea) unghiului prin creșterea în volum a cristalinului. Această formă este mai frecventă la femei, și apare, aproape sigur, la ambii ochi. Alți factori predispozanți: obscuritatea (întunericul) și ochelarii fumurii (de soare) sînt riscanți; pot apare crize de glaucom iarna, cînd luminozitatea este scăzută; stările de teamă (la calamități), intervenții chirurgicale; lectura prelungită prin efortul de acomodare.

La închiderea bruscă a unghiului irido-cornean se instalează (cu durere intensă și pierderea vederii) glaucomul acut, care constituie o urgență și trebuie tratat ca atare.

Tratamentul medicamentos al diverselor forme de glaucom are ca scop prevenirea distrugerii fibrelor nervului optic, realizabilă prin reducerea presiunii intraoculare crescute. Medicamentele folosite în tratamentul glaucomului reduc presiunea intraoculară prin descreșterea rezistenței umorii apoase la curgere. Din această categorie fac parte mioticele, care produc constricția pupilei (Pilocarpina și Adrenalina), inhibitorii de anhidrază carbonică (Ederen), medicamentele beta-blocate (Propranolol, Timoptic etc.) și, posibil, unele alfa-blocante (Clonidina) sau medicamentele osmotice,

care se administrează în cazuri urgente, reducînd pentru un timp volumul fluidelor intraoculare. Pînă la tratamentul chirurgical (intervențiile clasice sau cu laser), tratamentul definitiv pentru glaucomul primar cu unghi închis, care trebuie pe cît posibil amînat, este necesară înlocuirea unei medicații cît mai eficace în coborîrea tensiunii intraoculare.

Pilocarpina sub formă de preparate locale (picături pentru ochi, unguent oftalmic sau alte forme) este medicamentul antiglaucomatos cel mai utilizat și este cunoscut de mai bine de o sută de ani). Se utilizează în concentrații de 0,5 pînă la 3% sau 4%, uneori și mai mult (pentru ochiul cu iris de culoare închisă sînt necesare concentrațiile mai mari). După cum hotărăște medicul oftalmolog, după cum este necesar, Pilocarpina se administrează la intervale regulate pe parcursul a 24 de ore (deci zi și noapte de patru sau șase ori, uneori chiar de opt ori) pentru menținerea unei tensiuni oculare cît mai apropiate de limitele normale.

Pentru a se evita scurtarea timpului de acțiune a soluției de Pilocarpină, care trebuie să aibă un efect prelungit, cu cît mai puține reacții secundare, se iau anumite măsuri la administrare. Este preferabil ca bolnavul să stea culcat pe spate; se pică în ochiul afectat 1-2 picături în colțul dinspre rădăcina nasului și se presează timp de cinci minute intern (unghiul dinspre naș al pleoapelor), ceea ce minimizează drenajul (scurgerea) în nas și gît a



soluției oftalmice, favorizînd un efect mai bun, cu mai puține efecte secundare. Reacțiile secundare la Pilocarpină, deși destul de rare, de la reacții locale, mai mult sau mai puțin complicate, pînă la unele reacții sistemice (slăbiciune musculară, hipersalivație, transpirație, grețuri, vomismente, dureri abdominale, bradicardie, puls scăzut, hipotensiune, bronhospasm, precum și reacții de alt tip) pot fi astfel evitate, împiedicînd absorbția medicamentului prin mucoasa nazală puternic vascularizată. Aceleași măsuri se cer luate și în cazul administrării colirelor (picături pentru ochi) cu Adrenalină, Timolol (Timoptic), Propranolol, care pot produce serioase reacții secundare la cei cu suferințe respiratorii sau cardiace, la diabetici.

Ederenul se administrează sub formă orală (tabletele se înghit) numai după schema indi-

cată de medicul curant. În cure prelungite se consideră utilă administrarea Clorurii de potasiu (nu însă exagerat), din cauză că prin diureza pe care acetazolamida o produce se elimină potasiul din organism, instalându-se tulburările corespunzătoare deficienței de potasiu (Atenție, cei ce iau digitalice!).

Bolnavului de glaucom i se cere o disciplină riguroasă în aplicarea tratamentului și în respectarea întocmai a intervalelor de control oftalmologic. De asemenea, acesta trebuie să evite asocierea la voia întâmplării a medicamentelor antiglaucomatoase cu alte medicamente, cînd există mai multe suferințe. Medicul internist sau de altă specialitate trebuie să cunoască tratamentul oftalmic, pe de o parte, iar oftalmologul trebuie să cunoască, pe de altă parte, medicamentele administrate concomitent, cit și sufeințele care ar putea fi agravate prin eventualele reacții adverse ale tratamentului antiglaucomatos sau pentru prevenirea eventualelor interacții la unele asocieri medicamentose. Așa, de pildă, efectele secundare cardiace ale medicamentelor miotice pot fi aditive cu acelea ale beta-blocantelor.

O atenție deosebită trebuie să existe în cazul în care pacienții sub tratamentul antiglaucomatos sînt supuși unor intervenții chirurgicale cu anestezie. Mioticele cu acțiune de durată trebuie întrerupte, dacă este posibil, cu 2-4 săptămîni înainte de administrarea succinilcoinei și anestezistul trebuie informat că pacientul a luat medicamente anticolinesterazice pentru tratarea glaucomului. De asemenea, hidroliza procainei, folosită în anestezie, este descrescută prin administrarea locală a agenților anticolinesterazici, ceea ce ar putea da naștere la accidente.

O interacție adversă între mioticele organofosforice (se folosesc mai rar, avînd și proprietăți cataractogene) și insecticidele organofosforice este posibilă, aceste miotice fiind deosebit de riscante pentru lucrătorii din agricultură expuși la insecticide.

Terapia medicamentoasă a glaucomului im-

bracă o multitudine de aspecte, de la asigurarea unui control eficient al tensiunii intraoculare în vederea evitării agravării stării ochiului pînă la prevenirea unei patologii medicamentose (îmbolnăviri datorate medicamentelor administrate). Pentru că preparatele destinate tratării glaucomului se administrează timp îndelungat, chiar decenii, trebuie să fie bine cunoscute de bolnavi, deoarece, mai ales la vîrstnici, deseori există și suferințe suplimentare ce necesită tratament. De aceea, suferindul de glaucom nu are voie să se trateze singur. El trebuie permanent supravegheat, tratat sub controlul medicului oftalmolog, pentru menținerea unui echilibru general, fără complicații, fără riscuri, pentru aminarea intervenției chirurgicale, pentru salvarea vederii.

Farm. Silvia CHERECHEȘ

PROFILAXIA REUMATISMELOR DE GRANIȚĂ

În grupa reumatismelor de graniță se îngrează o serie de afecțiuni reumatismale inflamatorii, cu evoluție subacută sau cronică, printre care citez: reumatismul subacut al adultului, descris de Ravault și Vignon, sau reumatismul curabil; reumatismul postanginos descris de Chevalier-Coste; reumatismul prin infecție nespecifică de focar; reumatismul polindromic; hidartroza intermitentă. Aceste forme cu aspect benign se situează clinic între RAA (reumatismul articular acut) și PR (poliartrita reumatoidă), spondilartrita anchilozantă (SA), prezentînd o importanță deosebită pentru specialistul practician, cu atît mai mult cu cît rezervă uneori evoluții reumatismale spre

— Pentru prelungirea vieții, omul are nevoie de gimnastică echilibrată, aer proaspăt și plimbări (HIPOCRATE).

— Omul ar putea trăi o sută de ani. Dar, din cauza necurățării, dezordinii, neglijenței cu care-și tratează propriul organism, el reduce acest fenomen normal la o durată mult mai mică (I.P. PAVLOV).

— Pe bătrîn trebuie să-l cinstești ca pe un părinte și pe orice tînar ca pe un copil al tău (PROVERB ROMÂNESC).

— De omul bătrîn să nu rizi, pentru că și tu ai să ajungi ca el (PROVERB ROMÂNESC).

— Nu bătrînețea omoară, ci trîndăvia (PROVERB RUSESC).

— Nu trece peste vorba celor bătrîni, că și ei au învățat de la părinții lor (BEN SIRAH).

— Întreabă pe cei în vîrstă, ascultă pe cei bătrîn (J. JOUBERT).

— Respect față de bătrîni, atenție în fapte, vorbe și priviri (J. KOMENSKI).

— Celor mai bătrîni decît tine, dă-le cîntea ce li se cuvine (ANTON PANN).

— Munca este cel mai bun

CUGETĂRI

antidot al bătrîneții (PABLO CASALS).

— Nici un leneș n-a ajuns la adînci bătrîneți; toți cei care au atins-o au dus o viață foarte activă (W.CH. HUFELAND).

— Cine se apucă de un lucru după ce mai întîi cere sfat de la ai săi mai bătrîni, care pot fi întrebați și care îi vor binele, aceia nu i se ivesc piedici în nici o întreprindere (PANIATAN-TRA).

CALEIDOSCOP

Ceai împotriva fumatului

● În Japonia s-a găsit un nou procedeu, urmare căruia fumătorii se lasă de fumat. Este un ceai denumit „antinikotin”. Ajunge o singură ceașcă și pofta fumatului dispare pentru mai multă vreme.

Risul e sănătos ● Potrivit opiniilor medicilor francezi, cel mai ieftin medicament din lume este risul. Acesta are un efect binefăcător asupra organismului omenesc, întrucât dilată plămîinii și ajută circulația sîngelui.

Delfinii și omul ● Din punct de vedere al sănătății, delfinii au o serie de trăsături comune cu omul. Astfel, delfinii suferă de congestie pulmonară, boli de piele, parazitoze, iar starea de stres îi poate duce la... înec.

Nicotina și hormonii ● Femeile care fumează mult intră mai repede în menopauză. Această constatare a făcut-o un cercetător din Boston, dr. H. Jick.

Cum să adormim ● La Hamburg s-a realizat o așa numită „Psychical relax cassette”, un mini-magnetofon care reproduce freacățul valurilor mării. Ascultîndu-l 30 de minute, se obține o liniștire a nervilor. Oamenii care nu puteau adormi fără somnifere nu mai au acum nici un fel de greutăți din acest punct de vedere.

Un nas frumos ● Potrivit unor largi cercetări s-a constatat că aproape 90% din locuitorii Europei nu sînt mulțumiți de forma nasului lor, majoritatea acestora fiind femei care se prezintă la medic pentru „repararea” nasului lor nu prea frumos. Bărbații sînt mai degrabă supărați pentru urechile lor pleoștite.

Terapia dansantă ● Dansul este mult mai important pentru oamenii mai în vîrstă decît pentru cei tineri! Aceasta a constatat-o dr. Gertrund Krombhalz de la Centrul sportiv al Universității din München, ca urmare a

cercetărilor întreprinse în cadrul unor grupe de dansatori — femei și bărbați — a căror vîrstă a fost între 67 și 84 ani.

Țigările cu filtru ● Conform rezultatelor cercetărilor întreprinse de oamenii de știință italieni, țigările cu filtru sînt la fel de nocive ca și cele fără filtru. Filtrul reține 40 la sută din nicotină, în schimb majorează cu 28 la sută conținutul oxidului de carbon pe care fumătorul îl aspiră direct în plămîni.

Influența vegetației ● Profesorul francez Laroche susține, că a privi diferite plante are o mare influență asupra stării psihice a omului. Astfel, de exemplu, frunzele verzi provoacă o stare liniștitoare, privirea rozelor mărește capacitatea sufletească, privirea cartofilor provoacă neliniște, iar a salatei provoacă dorința de a asculta muzică... Să fie chiar așa?

Clubul stingacilor ● În orașul São-Paulo (Brazilia) s-a fondat un „club al stingacilor”. Reprezentanții lui pretind că 10 la sută din toate produsele fabricate pentru a fi utilizate cu mîna dreaptă să fie făcute pentru mîna stîngă. Membrii acestui club amintesc cu mîndrie că o serie de oameni celebri au fost stingaci: Michelangelo, Leonardo da Vinci, Picasso, Charlie Chaplin și alții.

forme bine definite: PR, LED (lupus eritematos diseminat), sclerodermie.

Diagnosticul acestor forme reumatismale de graniță se bazează pe semne minore și nespecifice din punct de vedere clinic, biologic și radiologic. Acestea pot evolua spre vindecare sau pot vira către forme cu alură cronică progresivă, chiar invalidante.

Entitățile clinice ce se îndreaptă spre aceste reumatisme sînt următoarele:

I Reumatismele secundare prin infecție de focar

Se întîlnesc în clinici și în ambulator, ca manifestări articulare și extraarticulare, cu alură infecțioasă, cu evoluție acută, subacută sau cronică, avînd ca agent etiologic pe cel infecțios.

Sînt artrite infecțioase de etiologie cunoscută. Focarele de infecție se situează în extremitatea cefalică: dentare, amigdalene, ale sinusurilor, otice; uro-genitale (anexite, cistite, infecții colibacilare); digestive: cu enterococ; pulmonare: cu pneumococ. Manifestările arti-

culare sînt datorate metastazelor microbiene din singele circulant, toxinele acestora alergizînd secundar articulațiile, mușchii și tendoanele. Suprimarea acestor cauze cu antibiotice duce la manifestări poliarticulare mai diminuate sau la vindecare.

Simptomele clinice sînt variate: manifestări prin artralгии simple, trecătoare sau persistente, inflamații articulare ce se pot vindeca sau croniciza în funcție de focarul generator; manifestări fluxionare poliarticulare semănînd cu RAA și care cedează la Aspirină; manifestări generate la distanță de focarul cert sînt de tipul asteniei generale, oboseală, transpirație. Probele de laborator sînt necaracteristice - ASLO (antistreptolizina O) poate fi crescută în titruri mai mici, cu persistență mai scăzută față de RAA. Tratamentul va trebui orientat cît mai etiologic, cu antibiotice și antireumatice.

II Reumatismul subacut Ravault—Vignon curabil al lui D. Sese

Este vorba de manifestări poliarticulare puțin zgomotoase, cu ameliorări foarte lungi,



vindecabile. Seamănă cu RAA și diferă prin absența complicațiilor cardiace. Se aseamănă cu PR prin durată, dar diferă prin absența deformațiilor și anchilozelor articulare. Uneori focarul determinant este angina eritematoasă acută febrilă; alteleori factorul declanșant nu poate fi depistat. Articulațiile afectate sînt: tibio-tarsienele, rar genunchii, coatele și pumnii. Poate fi o modalitate de debut a RAA la adult. Fără atingeri viscerale și modificări radiologice vizibile, dar se evidențiază streptococul hemolitic sau stafilococul hemolitic cu ASLO ușor crescut. Evoluția bolii este în pusee spre vindecare și fără sechele. Rareori, după mulți ani, pot apărea forme reumatismale de tipul PR sau SA.

III Reumatismul postanginos Chevalier-Coste

Se identifică cu reumatismul subacut al adultului, cu cel infecțios de origine amigdaliană; poate fi socotit ca veritabil RAA. Poate debuta cu prinderea tendonului achilian și talalgii (dureri în călcîie), lăsînd uneori deformații și laxități articulare: platfus secundar, picior valg, equin. Durerile nu sînt atît de intense ca în RAA, bolnavul poate merge, ceea ce duce la relaxarea tendoanelor și la deformațiile menționate. Titrul ASLO scade repede sub antibiotice. Diagnosticul diferențial se face cu RAA cu ASLO pozitiv în titruri mari și persistent, cu PR, cu ASLO fals, fără angină, cu simetricitate articulară și modificări radiologice tipice. Spondilartrita anchilozantă poate debuta cu manifestările articulare descrise, la care se

constată modificări pe coloana vertebrală, atingeri oculare (iridă, iridociclită, infecții genitale: uretrite. Unele manifestări articulare din colagenoze: LED, sclerodermie, boală lupică, polimiozită, pot fi asemănătoare la debut cu cele descrise sub aspectul manifestărilor de graniță. Investigațiile biologice, urmărirea clinică, atingerile viscerale pot servi la precizarea diagnosticului. Unele boli infecțioase, ca hepatita epidemică, în special, pot avea ca manifestări formele reumatismale de graniță descrise. De asemenea, unele maladii de creștere a epifizelor la tineri, manifestate prin atralgii, febră și rezistență la derivații salicilați (Aspirina). Se recomandă tratamentul cu Aspirină, Fenilbutazonă, antimalarice de sinteză (Clorochin, Hidroxiclorochin) pentru prevenirea apariției PR sau SA.

IV Reumatismul palindromic

Termenul sugerează noțiunea de revenire. Criza dureroasă și inflamatorie se declanșează brusc, în timp scurt și fără urme, cu predilecție pentru pumni și genunchi, coate, articulații temporomandibulare, articulații sternoclaviculare și coloana cervicală. Articulațiile se înroșesc, uneori apar noduli periarticulari, fără febră. Prognosticul este diferit, ceea ce conferă mai mult dreptul de dispensarizare. Se vindecă spontan, se ameliorează cu timpul sau rămîne în situație neschimbată, virînd către alte tipuri de reumatisme cronice și evolutive (PR, SA, boli de colagen). Poate fi considerată ca o manifestare alergică a PR sau RAA, a guetei, a hidartrozei intermitente localizată numai

la articulațiile genunchilor. Tratamentul bolii este nespecific, cu antireumatismale uzuale, vitamina C, antialergice. Dispensarizarea cazurilor și tratamentul cu săruri de aur și antimalarice de sinteză se impune pentru prevenirea evoluțiilor către reumatisme cronice (PR, SA)

V Hidartroza intermitentă

Apare în exclusivitate la femei între 25 și 50 ani, cu prindere exclusivă a genunchilor, în pusee care se repetă, putînd îmbrăca aspectul unui tablou alergic ce nu răspunde la medicația antialergică. Există o hidartroză esențială, produsă de diverse cauze: tumori, infecții, hipertiroidism, varice. Poate vira către PR sau SA, de aceea administrarea preventivă a sărurilor de aur și antimalaricelor de sinteză este necesară.

VI Pseudopoliartrita rizomelică

Este numită și maladia centurilor. Boală curabilă a vîrstnicilor, prinde articulațiile scapulohumerale și coxofemorale, concomitent sau separat. Are debut acut, subacut și nocturn, cu febră, dureri cervicale, paloare, astenie, grețuri și vărsături, uneori cu VSH crescut, cu anemie și leucocitoză, indicînd o iritație a măduvei oaselor. Boala poate apare ca secundară unor neoplazii. Maladia Horton sau arterita temporală poate debuta prin maladia centurilor sau se poate asocia cu ea sau mascată de aceasta; ambele cedează la corticoterapie. Prognosticul maladiei este favorabil dacă nu ascunde formațiuni maligne. Se impune dispensarizarea spre a se vedea în ce direcție poate vira - către PR, SA sau boli de colagen. Se asociază la corticoterapie și antibiotice.

VII Poliartrita reumatoidă și artrozele

Există posibilitatea intervenției factorilor inflamatori în artroze, ca artroze activate sau încălzite. Factorii pot fi diverși: infecțioși, traumatici, vasculari, metabolici, endocrini, toxici, colibacili, gonococi, virusuri. Diagnosticul este dificil, mai ales pentru vîrstnici cu probe reumatoide care pot fi pozitive, fără evoluții către forme clasice. Grefarea PR pe fondul artrozelor activate este posibilă dar evoluțiile pot fi benigne. Climaxul poate agrava și permanentiza puseele evolutive spre reumatisme inflamatorii. Guta, formă artrozică, este frecventă la pletorici cu acidul uric crescut, cu antecedente de litiază renală. Forma dislocantă a RAA, după crize acute și trenante, seamănă cu artroze activate, cu semne minime inflamatorii clinice, fără semne radiologice osteoarticulare. Se poate confunda cu PR intricată cu artroză.

VIII Maladia Ehlers—Danilos

Se manifestă prin hiperelasticitate și mobilitate excesivă articulată, cu deformații articulare de tip artrozic. Poate să vireze în timp că-

tre PR clasice.

IX Manifestări de graniță între PR și SA

Greutatea sau dificultatea diagnosticului este cu atât mai mare cu cît apar simptome intricate și de PR și SA. Manifestările oculare (iridă, iridociclita, nevralgii intercostale, talalgii, suferință tendinoasă achiliană pledează pentru manifestări de tip spondilită periferică. Deși conduita terapeutică nu prea diferă, diagnosticul ridică greutatea, pacienții peregrinează pe la ortopezi, neurologi și balneologi. Uneori SA îmbracă forme de debut de tip RAA subacut, cu localizare dominantă articulară la gleznă, genunchi, călcîie, bineînțeles și la coloana vertebrală. Forma hibridă între PR și SA este forma scandinavă, ce seamănă cînc cu PR clasică simetrică. Explorările radiologice de coloană sînt importante pentru precizarea diagnosticului. SA forma Strupell—Pierre Marie, - cu prinderea centurilor (coxofemorale, scapulohumerale sau parțială, numai a unora din acestea) are o evoluție benignă de artroză, artrită (D. Sese) după 40 de ani.

PR, forma atipică, cu prinderea articulațiilor mari coxofemorale și scapulohumerale, cu factorul reumatoid prezent, poate avea imagini radiologice de spondilită pe coloana vertebrală și pe bazin. Tratamentul este asociat cu recuperare balneară în vederea prevenirii anchilozelor și a deficitului funcțional, bineînțeles, ținînd seama de formele de boală și de starea generală a bolnavilor.

Artropatiile în cadrul unor boli nervoase - siringomielita, tabesul - sînt de natură a fi interpretate ca reumatisme de graniță spre PR T.B.C. osteoarticular, SA și artroze reactivate. Examenle serologice (Wassermann), pulmonare (IDR cutanat la tuberculină), probele reumatoide, imaginile radiologice clarificînd diagnosticul formelor de manifestare.

Dr. Constanța IRIMESCU
Centrul metodologic de reumatologie — București

ÎNGRIJIREA VÎRSTNICILOR CU DEFICITE SENZORIALE

Un aspect important în îmbătrînire îl constituie îmbătrînirea senzorială, adică a acelor țesuturi, organe sau aparate care realizează perceperea senzațiilor vizuale, auditive, tactile etc., senzații prin intermediul cărora intrăm în

legătură cu mediul exterior, îl percepem, și cu ajutorul cărora ne integrăm mediului înconjurător sub toate aspectele sale - fizic, psihologic, social.

Îmbătrânirea organelor de simț (a analizatorilor, cum li se mai spune, datorită funcției lor de a analiza senzațiile simple și a le transforma în percepții, adică acte fiziologice mai complexe, care sumind senzații diferite ne permit perceperea unui obiect, a unui cîntec, temperatura mediului ambiant, parfumul unui buchet de flori etc.) afectează în grade variabile atât capătul periferic al analizatorului - organul de simț propriu-zis - ochiul, urechea, pielea etc., cât și capătul central - celulele corespunzătoare din scoarța cerebrală, locul unde se încheie analiza senzațiilor și se realizează percepția.

Modificările produse de îmbătrânire în perimetrul organelor de simț, adică senzoriale, au un caracter agresiv și se concretizează printr-o scădere progresivă a capacității de percepție, printr-o diminuare a performanțelor organelor de simț, ceea ce face ca persoana respectivă să aibă o percepție diferită a elementelor ce compun mediul său ambiant, comparativ cu percepția adultului normal, de pildă. Cu alte cuvinte, se poate spune că, privind anumite dimensiuni, lumea înconjurătoare percepută de vîrstnicul cu deficite senzoriale este mai mică și mai incompletă decît cea reală. Acesta va avea o serie de consecințe privind relațiile sale cu lumea care-l înconjoară, consecințe care, dacă nu sînt eliminate sau ameliorate, favorizează precipitarea și adîncirea fenomenelor regresive ale îmbătrînirii, conduc la izolarea față de mediu a persoanei vîrstnice și chiar la apariția unor suferințe psihice.

Cunoscînd aceste aspecte ale îmbătrînirii senzoriale, atît persoana în cauză, cît și mediul său familial, pot să contribuie la eliminarea sau ameliorarea consecințelor amintite și la menținerea integrării persoanei vîrstnice în mediul său firesc, la conservarea unei cît mai bune calități a vieții sale.

Mai întîi trebuie spus că există posibilitatea de prevenire, de întîrziere a instalării deficitelor amintite, care trebuie integral valorificate; apoi, în situația cînd acestea s-au instalat, există posibilități terapeutice corective, foarte prețioase, prescrise și aplicate de medicul specialist, cu condiția ca acesta să fie solicitat la timp, cît mai aproape de începutul deficitului respectiv. În sfîrșit, o măsură ignorată din păcate, în ciuda utilității sale, este îngrijirea corectă, care presupune cunoștințele necesare, răbdare, înțelegere, afecțiune.

Cele mai însemnate deficite senzoriale prin îmbătrînire se manifestă în teritoriile văzului, auzului și, parțial, simțului tactil (mirosul și gustul fiind mai puțin și mai nesemnificativ afectate, cu mai puține consecințe privind relațiile vîrstnicului cu mediul, nivelul său de înțelegere).

Ochiul și funcția sa - vederea - încep să re-

greseze, în general, de la mijlocul deceniului al cincilea, acest fapt fiind larg cunoscut, numai dacă ne gîndim că, în general, de la 45 de ani apelăm la ochelari pentru a compensa o scădere a acuității vizuale. Această scădere a vederii, care se accelerează progresiv pe măsura înaintării în vîrstă, se produce ca urmare a unor modificări ce interesează diferitele componente ale globului ocular și consecutiv funcțiile acestora - scăderea elasticității cristalinului (la vîrste mai avansate la unele persoane este alterată și transparența sa, ceea ce determină cataracta), reducerea cîmpului vizual, scăderea clarității imginii și a acomodării vizuale - la aceasta adăugîndu-se procesul general de ateroscleroză a creierului, care cuprinde și structurile nervoase ale ochiului. Presbiția, presbiopia (de la grecescul presbys = bătrîn) definesc aceste tulburări de vedere care apar la vîrstnic și care afectează acomodatia și acuitatea.

O altă funcție care devine deficitară o dată cu înaintarea în vîrstă este cea a auzului. S-a stabilit statistic că după 50 de ani aproape 60 la sută din oameni prezintă o scădere a auzului, care se accentuează progresiv. Presbiacuzia, adică scăderea auzului în îmbătrînire se datorește unor modificări atît ale urechii - urechea internă - cît și la nivel central, în celulele scoarței cerebrale corespunzătoare acestei funcții. Caracteristicile scăderii auzului la vîrstnici constau din bilateralitate, ca și din asocierea de ameteți și zgomote în urechi; în cazurile avansate se adaugă tulburări de discernămint și de înțelegere. Surditatea, încă și mai mult decît scăderea vederii, are importante consecințe în plan psihologic și social, perturbînd profund integrarea persoanei respective în mediul său. Aceasta își modifică comportamentul, devine bănuitoare, se izolează, se consideră persecutată.

În sfîrșit, un alt efect al îmbătrînirii senzoriale îl constituie scăderea sensibilității tactile. După 50-55 de ani, diminuează sensibilitatea la cald, la rece și la durere. La tulburările în perimetrul senzațiilor cald-rece se adaugă în cadrul procesului de îmbătrînire și perturbări ale funcției de termoreglare ca un mecanism mai complex, ceea ce face ca bătrînul să prezinte dificultăți de adaptare la frig; de fapt, vîrstnicul devine vulnerabil și în condiții de creștere a temperaturii mediului ambiant, tot ca urmare a pierderii capacității de adaptare, la care se adaugă, de obicei, necompensarea pierderilor de lichide în aceste condiții, prin diminuarea senzației de sete.

Principalele deficite senzoriale ale vîrstnicului, în raport de alți factori - predispoziție individuală, mod de viață bazat pe cumpătare sau nu, vîrstă etc. - se prezintă cu o gamă variată de intensități, de la deficite ușoare, la limită, pînă la deficite accentuate, uneori asociate, creînd vîrstnicului un handicap global important, care îi limitează autonomia, capacitatea de autoservire, integrarea socio-familială. În unele cazuri se asociază cu alte tulburări -

psihologice, psihointellectuale, motorii, cu diverse forme clinice ale aterosclerozei, de regulă cu localizare cerebrală.

Pentru aceasta este importantă cunoașterea lor, fapt care poate servi instituirii din timp a unor măsuri de prevenire, a tratamentului, inclusiv și în special, acolo unde este posibil, al celui corectiv, protetic, în sfârșit, și poate nu în ultimul rând, al îngrijirii corecte.

Mai întâi să nu ignorăm faptul că instalarea deficitelor senzoriale în cursul îmbătrânirii poate fi prevenită, încetinită, întârziată, atenuată. Prevenirea se înscrie în măsurile generale de gerontoprofilaxie, adică de prevenire a îmbătrânirii timpurii, de întârziere a instalării proceselor regresive; prevenirea aterosclerozei se începe de timpuriu, cu evitarea abuzurilor - nutriție incorectă, fumat, alcool -, o viață bazată pe mișcare în aer liber și exercițiu intelectual, care au efecte pozitive și asupra menținerii funcțiilor senzoriale la capacități satisfăcătoare.

Pe de altă parte, pentru persoanele intrate deja în vîrstă a treia, respectarea măsurilor de gerontoprofilaxie, adică a regulilor de igienă specifice acestei perioade de vîrstă, controlul medical periodic, respectarea indicațiilor și prescripțiilor acestuia sînt alte căi utile de conservare a capacităților și calităților funcțiilor senzoriale.

Odată deficitale senzoriale instalate, există posibilitatea de corectare, indicată de medicul specialist. Prescrierea ochelarilor, de pildă, măsoară atît de cunoscută incît îi uităm aproape caracterul său medical, profilactic și recuperativ, pentru că, să reținem, utilizarea lor trebuie inițiată la timp, schimbarea făcîndu-se, periodic funcție de progresiunea viciilor de acomodare, pentru a preveni o adîncire, o evoluție rapidă a deficitului respectiv; în cazurile de cataractă, o intervenție chirurgicală făcută la timp, cu corectarea necesară prin ajutorul ochelarilor, redă o vedere compromisă, eliminînd o serie de consecințe psihologice și sociale, dificultăți de integrare pe care le-am semnalat mai înainte.

Privind celălalt deficit, al auzului, s-a stabilit că la baza hipoacuziei vîrstnicilor, care se dezvoltă în cadrul procesului general de îmbătrînire, stau și unii factori favorizanți endogeni cum sînt tulburările de metabolism (hipercolesterolemia, diabetul, guta), unele tulburări endocrine, carente nutriționale și vitaminice, care trebuie depistate și corectate din timp cu ajutorul medicului.

Unii factori endogeni pot agrava scăderea auzului și asupra acestora avem posibilitatea de a interveni: zgomotul intens și prelungit, medicamentele ototoxice, adică cele ce pot afecta auzul prin efectele lor secundare - streptomycină, salicilații, chinina etc., ca și alcoolul și nicotina. Combătînd factorii endogeni și exogeni, respectînd măsurile generale de gerontoprofilaxie și apelînd de cîte ori se impune la medicul specialist O.R.L. se poate obține încetinirea procesului evolutiv al hipoacuziei, se

pot-ameliora sau elimina unele tulburări asociate, ca amețelile și zgomotele în urechi, nămețe și acufene.

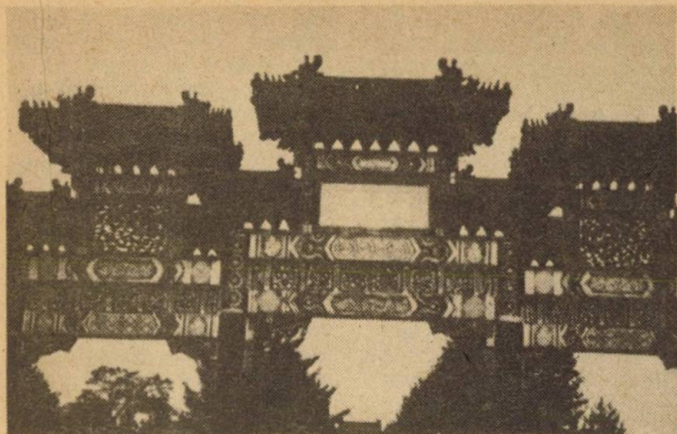
În sfîrșit, cum spuneam mai înainte, îngrijirea unui vîrstnic cu deficite senzoriale este foarte importantă deoarece, alături de celelalte măsuri menționate, duce la atenuarea răsune-tului negativ a acestor deficite.

În afara sprijinului pe care entourageul familial trebuie să-l dea prin consultul medicului ori de cîte ori este nevoie și urmărirea aplicării prescripțiilor acestuia, o deosebită importanță o capătă climatul psihologic și afectiv pe care-l construim în jurul vîrstnicului deficient, adaptat fiecărei situații în parte, ca și gradului evolutiv al deficienței respective. Acest climat trebuie să se bazeze pe înțelegere și răbdare, pe toleranță și blîndețe, pe bunăvoință și căldură, pentru ca acesta să resimtă mai puțin sau deloc handicapul său ca pe o povară pentru el însuși și pentru ceilalți. Înțelegere înseamnă răbdarea de a ne face înțeleși, repetînd, vorbind clar și rar, în fața sa, pentru a ne putea urmări mișcarea buzelor; înțelegere înseamnă trecerea cu ușurință peste faptul că el înțelege mai greu, că datorită scăderii vederii a spart un vas, și-a rătăcit ochelarii etc., că afirmă că îi este frig la o temperatură pe care noi n-o înregistrăm ca atare etc. Evitarea adresării de reproșuri, a iritării noastre pentru întârzierile sale în înțelegere, în efectuarea unei anumite operații în gospodărie sînt tot aspecte ale înțelegerii de care vorbeam.

Organizarea mediului său ambiant pentru a-l recunoaște ușor este, de asemenea, de o deosebită importanță. Vom așeza lucrurile la îndemînă, în locuri știute, pentru a-i fi accesibile; chiar culoarea unor obiecte în tonuri vizibile sau contrastante devine importantă; îndepărtarea obiectelor inutile de care s-ar putea împiedica, o atmosferă de liniște, o temperatură și îmbrăcăminte adecvate îi vor compensa deficitalele senzoriale.

Dar, mai presus de toate, atmosfera optimistă, de încredere și speranță, de stimă și respect se constituie într-o adevărată terapie psihologică eficientă. Să ne gîndim, apelînd la exemple cunoscute, că scăderea auzului, de pildă, nu constituie un handicap atît de dezastruos pentru o existență socialmente utilă. Mulți depășesc acest handicap, rămîniți inteligenți și utili, păstrîndu-și chiar capacitățile creative. Istoria creației cultural-artistice și tehnico-științifice ne oferă destule exemple de persoane celebre care și-au învins surditatea rămînînd active și dăruind, și după instalarea acestora, umanității realizări importante în domeniul lor de activitate. Să-i amintim numai pe Beethoven, Goya, Boileau, Oscar Wilde, Edison, Graham Bell, ca și pe numeroșii artiști plastici care ne-au dăruit opere importante la o vîrstă înaintată în ciuda scăderii inerente a vederii - Tizian, Michelangelo, Renoir, Grigorescu, Picasso.

Dr. Constantin BOGDAN



CHINA: MĂDICA ÎNTRU TRADIȚIE ȘI MODERNISM

Îmi place enorm să călătoresc și unul din locurile mele preferate de hoinăreală cercetătoare a fost dintotdeauna China. Aici reveneam ori de câte ori aveam răgazul necesar. China era țara insonniilor mele. În urmă cu trei secole am străbătut împreună cu Spătarul Milesco drumurile de apă și cele acoperite cu praf ale Asiei, trecând prin Siberia, apoi prin deșerturile Mongoliei spre a ajunge în cele din urmă în Țara Soarelui Răsare. Mă fascina peisajul Chinei, pe cît de variat pe atît de impregnat de istoria umanității, dar cu deosebire oamenii cu care puteam sta în voie de vorbă seara tîrziu, la lumina unei lămpi de carte: înțelepți de talia unui Lao Tze, poeți ca Du Fu sau Li Tai Pe, medici iluștri, pictori, arhitecți... Anul 1988 mi-a oferit prilejul unei călătorii aievea, ca invitat al Academiei Chineze, urmînd, între altele, să susțin cîteva conferințe privind protecția miocardului ischemic în infarctul de miocard. Aceasta m-a pus în contact, cu precădere, cu lumea medicală chineză.

ATLAS

În materie de cultură, spiritul chinez este tradiționalist prin excelență, de unde impresionanta continuitate atît de lesne de observat în pictură, în stilul construcțiilor sau în judecata calităților morale. Dintre valorile culturale se remarcă aici o deosebită înclinație, preocupare și înzestrare putem spune pentru medicină, care în multimilenara ei istorie a dus la cristalizarea unui sistem deosebit de elaborat de practici medicale dublate de interpretări care pornesc de la logica observației faptelor și evoluează spre un concept unitar avînd o puternică impregnare filozofică. Spațiul civilizației chineze a fost înconjurat în trecutul mai îndepărtat de o lume pentru care cultura chineză reprezenta un model de urmat, fapt reflectat și de vechea denumire a Chinei — Împărăția de Mijloc, adică împărăția aflată în centrul lumii. Cele două culturi, cea extrem orientală și cea occidentală, au evoluat timp îndelungat fără contacte între ele, fără a ști una de cealaltă. Medicina care s-a dezvoltat în Extremul Orient este cu totul diferită de cea europeană, care are și ea o tradiție și o continuitate cel puțin bimilenară, dar a fost mai puternic impulsionată de dezvoltarea celorlalte științe, cu deosebire în ultimii două sute de ani și mai ales în ultimele decenii.

În practică, medicina chineză folosește trei mari categorii de mijloace: un vast arsenal de produse naturale (peste 1 000 de plante și tot pe atîtea leacuri de origine animală sau minerală), acupunctura și un ansamblu de metode de respirație, misură, poziții și influențe psihologice cuprinse îndeosebi în sistemul Qi Gong. Acupunctura, fără nici un corespondent în medicina noastră, de neînțeles pentru medicul european, și-a dovedit eficiența în practică și a fost acceptată pragmatic. Înființarea Centrului de medicină tradițională din București este o dovadă în acest sens și reprezintă o inițiativă întru totul laudabilă.

A existat o medicină tradițională și în lumea civilizației apusene, practică în afara școlilor oficiale de medicină. Această medicină a fost timp îndelungat reprimată de medicina „cultă”, fiind practică în afara legii, care prevedea chiar sancțiuni împotriva acestor „vrăjitori” sau cel puțin ironizată sub eticheta de „leacuri băbești”. Medicina oficială s-a arătat consecvent intolerantă.

În China, după introducerea instituțională a medicin-



nei de tip occidental, s-a petrecut un fenomen unic: cele două tipuri de medicină și-au continuat în paralel dezvoltarea, respectându-se una pe cealaltă. Cele două tipuri de medicină nu pot fuziona, sînt prea departe una de cealaltă. Nici măcar în perspectivă această fuziune nu se întrevade prea apropiată. Medicina științifică poate însă trage foloase incommensurabile, înșuindu-și treptat cîte ceva din tezaurul medicinei tradiționale.

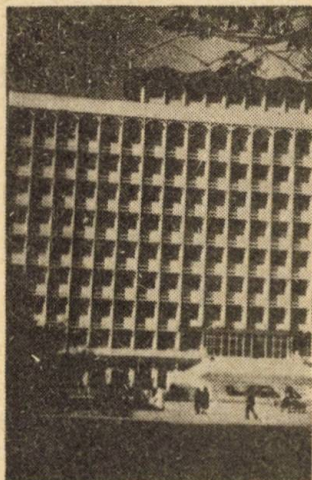
În China orice policlinică sau spital are și cabinete de acupunctură. În afara facultăților de medicină, despre care pot spune că sînt dintre cele mai moderne, există o rețea organizată în cadrul căreia se pregătesc medicii de tip tradițional. Ambele diplome sînt la fel de valabile în privința dreptului de practică. Un medic format în facultățile de medicină, comparabile cu cele de la noi, nu practică însă și medicina tradițională decît în rarele cazuri cînd a urmat și facultatea de medicină tradițională, care are o durată similară. Nu rareori, însă, în sălile de operații, unde se execută cele mai complicate intervenții chirurgicale, anestezia pacientului este asigurată parțial sau chiar în totalitate prin acupunctură.

Medicina tradițională extrem orientală nu este nici ea unitară, cu deosebire în afara Chinei, în Japonia de pildă, unde există, de asemenea, o medicină tradițională bine conturată. O zonă deosebit de interesantă sub raport medical este Tibetul, unde se pune un accent deosebit pe latura psihologică a îmbolnăvirii. Astfel, de exemplu, chinezii consideră printre principalele cauze de îmbolnăvire lăcomia, prostia, îngîmfarea și o prea mare dorință de putere.

În China antică medicina se bucura de o preocupare specială, ceea ce explică multitudinea referirilor medicale pe care le întîlnim în

mitologia chineză. Această mitologie luxuriantă, cuprinzînd o lungă serie de istorisiri cu aparență fantastică, ilustrează fără îndoială modul de a trăi și de a gîndi al vechilor chinezi, căci actele acestor zei, eroi, dragoni și împărați legendari sînt în esență transpunerii în mit a unor idei, concepte și comportamente omenești, aparținînd oamenilor de acolo, din Extremul Orient și de atunci, din antichitatea chineză, de la care numărăm pînă astăzi cel puțin 4 000 de ani. Este caracteristică Chinei și, desigur, nu numai ei, recopierea repetată a manuscriselor vechi, concomitent cu introducerea unor modificări și adăsurii care se substituie cu timpul unei părți din scrierea originală, devenind, în plus, și greu de atribuit cu exactitate, căpătînd astfel un caracter apocrif. Cu aceste rezerve reproducem în cele ce urmează cîteva concepte din scrierile mitologice chineze, conținînd comentarii de interes medical.

Împărațul Galben, Huangdi, este unul dintre cele mai proeminente personaje

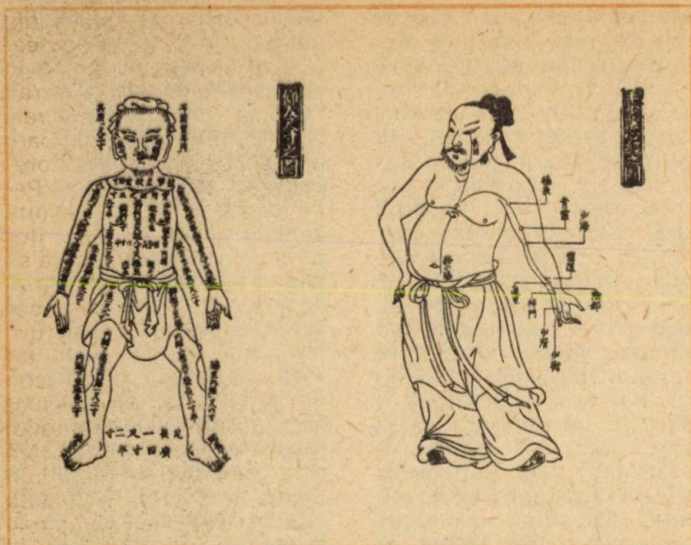


ale mitologiei chineze. El este înfățișat ținînd în mînă o ramură înfrunzită și strivînd între dinți o frunză spre a-i verifica proprietățile medicinale.

O mare parte din anima-

lele care apar în miturile chineze serveau drept leacuri. Astfel, se spune că în apropiere de Tianchi a trăit micul animal Feitu, iepurele zburător. Acest animal pare să fi existat și din el se preparau o serie de leacuri. Păsărea Xiao era renumită pentru calmarea durerilor de pîntec. Despre ea însă se spune că avea patru aripi (!). Peștele Zao era recomandat pentru umflături. Carnea păsării Danghu tă-măduia unele boli de ochi, iar cea a păsării Qitu înlătura visele rele. Omul devenea viteaz dacă purta un brîu din pielea de Feituo, un fel de berbec cu mai multe cozi (!). Peștele zburător te putea vindeca de teama de tunete. Aceste făpturi care constituiau leacuri prețioase erau o sumedenie, dar din păcate greu sau chiar imposibil de obținut, multe din ele fiind ființe imaginare.

Cît despre plante, putem spune că valorificarea virtuților lor terapeutice a atîns în China antică apogeul. În locul Diazepamului sau a altor tranchilizante folosite astăzi, vechii chinezi preparau o fiertură din frunzele sau poamele arborelui Dixin. O singură înghițitură era suficientă pentru ca „omul să simtă cum pacea îi coboară în suflet și mînia îi ocolește”. Fapt extrem de interesant sub aspect psihiatric, vechii chinezi consideră că dereglările psihice pot fi induse nu numai de stările de groază reale (situații de stres excesiv în accepțiunea științifică modernă), ci și de spaimele imaginare. Luo Bi, în „Istoria străveche”, capitolul Houji, reproduce un citat din Xizhong Suoyu (sec. IV î.e.n.), din care extragem: „Principele Pinggong din Jin a văzut în vis un urs roșu care se uita pe furiș în odaia lui... De spaimă principele s-a îmbolnăvit”. În cărțile vechi găsim informații preluate, după cît se pare, de pe străvechile inscripții scrijelate pe cara-



pace de broască țestoasă sau pe oasele de vite cornute. Astfel, Wen Yiduo, în „Analiza legendelor despre zina Gaotang”, referindu-se și la cartea „Ritualuri din Zhou” (sec. IV î.e.n.), scrie că pentru a fi izbăviți de sterilitate oamenii se rugau zeiței Gaomei. În cursul invocațiilor către ea erau executate o multime de dansuri foarte senzuale. Cităm: „...în luna de la jumătatea primăverii se adunau la templul acestei zeițe bărbați și femei și în acest timp legăturile dintre ei nu cunoșteau nici un fel de opreliști. Se foloseau, de asemenea, unele plante care...”. Se pare că în China problema sterilității a fost rezolvată încă din vechime cu rezultate incontestabile.

Pe cînd mă aflu la Shanghai, dorind să văd cum procedează un medic tradiționalist, am solicitat o consultație cu plată la un astfel de cabinet. Examenul propriu-zis a durat destul de puțin, insistîndu-se asupra limbii, aspectului feței mele și mai ales asupra pulsului (chinezii deosebind prin palpare circa 100 de feluri de puls). Ceea ce a durat neobișnuit de mult a fost stabilirea prescripției, asupra căreia medicul chinez a cugetat timp îndelungat.

Nu aş dori să las să se creadă că în China medicina tradițională se practică numai în ambulator sau în unele cabinete anexate marilor spitale. În regiunile Xinjiang, ținut aflat între Tibet și Mongolia, am vizitat spitalul uigur, unde se practica numai o medicină tradițională de un tip special, caracteristică centrului Asiei. Clădirea din spatele acestui spital adăpostește o adevărată fabrică de remedii naturale. Și totuși, ceea ce m-a impresionat cu deosebire în acest ținut al pusturilor și oazelor, al Munților de Foc pe lîngă care se strecoară străvechiul drum al mătăsii, a fost ritmul rapid în care s-a dezvoltat și s-a organizat o rețea modernă de asistență medicală. Facultatea de medicină din Wulumuqi (Urumqi) și-a deschis porțile în 1956 într-o clădire nouă. După 30 de ani de funcționare această primă clădire nu mai adăpostește astăzi decît birourile administrației facultății. Tot aici se află Direcția relațiilor cu străinătatea, unul din serviciile cele mai active ale acestei tinere facultăți care și-a stabilit o întreagă rețea de contacte, schimburi și specializări cu institute din diversele regiuni ale lumii.

Dincolo de această clădire se întinde un vast parc în care se înalță din loc în loc construcții moderne, ample, cum ar fi acest departament pentru bolile cardiovasculare înfățișat în fotografia din p. 130. Clinicile sînt dotate cu cea mai modernă aparatură, iar medicii chinezi au o dexteritate deosebită. Rezultatele obținute în acest complex spitalicesc, cel dintîi construit într-o regiune îndepărtată și complet lipsită de tradiție medicală de tip științific-occidental, sînt remarcabile. Aici se fac acum transplantate de rinichi, de pancreas, de celule betainsulare, de măduvă, intervenții din cele mai complicate pe cord etc. Unele descoperiri științifice ale cercetătorilor de aici reprezintă priorități mondiale recunoscute.

Impresionantă este și biblioteca medicală de aici, deschisă pînă la miezul nopții, cu sălile ei pline de cititori avizi de cunoaștere. Prin revistele și tratatele ei te poți plimba în voie pe toate meridianele lumii. China modernă face enorme investiții în învățămînt, în pregătirea noilor generații de specialiști. Amintesc numai faptul că la facultățile chineze de medicină programa analitică prevede și un curs de calculatoare, precum și de matematici superioare. Poate că nu este lipsit de semnificație faptul că una din clădirile complexului Facultății de medicină domină orașul Wulumuqi, capitală a unei regiuni întinse, mai întinse decît orice țară a Europei, regiune cu relief ciudat, unde este mai lesnicios să te deplasezi călare pe cal sau pe cămilă.

China de astăzi este o țară care își revendică cu hotărîre locul ce i se cuvine printre națiunile lumii. Am revenit în patrie cu impresia că am văzut un uriaș care se trezește dintr-un somn îndelungat.

Dr. Cornelli ZEANĂ

POLOANIA: SĂLINA WIELICZKA

La o distanță de Cracovia pe care o parcurgi în 25 de minute cu un tren electric se află orașul Wieliczka, mina și sanatoriul ce-i poartă numele.

Cu un trecut care se pierde într-o istorie îndepărtată și cu o mare bogăție — sarea — ascunsă printre straturi de argilă și nisip, se spune că întreaga populație a orașului ar fi putut locui în palate din marmoră... Numai că niciodată sarea n-a fost proprietatea acestei așezări.

Cei care cîștigau bine erau negustorii autorizați de rege să cumpere sarea din salină, spre a o vinde în prăvălii locale sau s-o „exporte” cu mari cîștiguri în regiuni îndepărtate. Singură această categorie de locuitori avea case arătoase. În rest, locuințele erau modeste, din lemn, incendiile repetate aducînd mereu populația în stare de mizerie.

Din păcate, puține au fost perioadele de prosperitate a aparent liniștitei așezări: sub domnia lui Cazimir cel Mare (1333—1370) și a ultimilor doi regi din dinastia Jagellonilor, în secolul al XVI-lea, cînd mina a fost administrată cu înțelepciune și abilitate.

Fiecare război desfășurat pe pămînt polonez a fost foarte dur pentru Wieliczka, căci orice comandant de armată, îndreptîndu-se spre Cracovia — capitala țării —, nu pierdea ocazia „să viziteze” modesta dar în același timp celebra Wieliczka, cu un scop bine determinat: să se înfrupte din banii și sarea minei, să jefuiască și să maltrateze pașnicii ei locuitori.

Astăzi, vechea așezare minieră are o înfățișare nouă: locuitorii cred în vii-

tor pe care-l văd prosper față de trecutul atît de zădărnici și nesigur. Cel care n-a fost de mult pe aici observă profunzimea metamorfoză a așezării: pe colinele ce înconjoară orașul au fost durate noi cartiere; în vechiul oraș s-au construit case noi — proprietate personală — în același stil, vechile edificii fiind restaurate cu migală. Respectul pentru truditarii din adîncurile pămîntului, mîndria de a continua meșteșugul străbunilor îl simți la fiecare pas. Îl înțelegi cu adevărat însă abia după ce cobori în mină, prin puțul Danilowcz, al cărui foraj a început prin anul 1638, fiind adîncit pe parcursul a trei secole de exploatare neîntreruptă. În a doua jumătate a veacului al XIX-lea a fost făcută construcția actuală a puțului, dotat și cu prima mașină cu

stalații electrice montată în noua sală a mașinilor.

Mina de sare de la Wieliczka există de mai bine de 700 de ani. Dimensiunile sînt enorme: peste 300 km de galerii și scobituri. Un adevărat labirint ce se întinde sub oraș, depășindu-i limitele an de an, căci mina este în permanentă activitate. Trei niveluri în partea superioară a minei, unde sarea se prezintă numai sub formă de blocuri mari de rocă dispersate de straturi de argilă, șist și nisip, și șase niveluri în partea inferioară, unde stratul de sare este intercalat cu straturi de argilă, anhidridă, nisip, șist, ultimul strat de sare găsindu-se la o adîncime de aproximativ 340 m.

Șantierelor de exploatare care au fost transformate în traseu turistic nu reprezintă partea cea mai veche a mi-



vapori. Din 1935 puțul a fost adaptat pentru turiști. În 1960—1961 este reconstruit și încăperea puțului restaurată; o nouă extracție începe cu ajutorul unei in-

nei, ele mai mult fiind în secolul al XVII-lea chiar și mai tîrziu, dar aproape toate au fost săpate printr-o epuizantă muncă manuală, fără mașini, fără exploziv. S-a

săpat în interior făcându-se cavități în blocuri de sare și lăsându-se o puternică carapace din sare care protejează zidul împotriva presiunii argilei și nisipului care înconjoară blocul de sare. Pentru siguranță, încăperile săpate sînt protejate cu suporti sau stilpi din conifere. De-a lungul secolelor, mina a „devorat” păduri întregi, pe măsură ce săpăturile înaintau. Din fericire însă, lemnul saturat de sare nu putrezește nefiind nevoie să fie înlocuit.

Viața aspră a minerilor de aici le-a fost o școală dură: ei au învățat cum să extragă sarea și să-și apere mina împotriva focului, apei, presiunii și cum să transmită posterității cultul pentru această meserie. Mulți dintre ei au realizat sculpturi în sare — adevărate opere de artă. Încăperile mari, rămase tăcute în urma extracției de sare, au căpătat o destinație aparte: prin măiestria daltei istoria acestei mine a căpătat contururi. Ea ne poartă de la legendă pînă în zilele noastre. O istorie ce te infioară deîndată ce ai ajuns la primul nivel, la o adîncime de 64 m. Traseul turistic este o îmbinare reușită a tehnicului cu esteticul.

Numeroase încăperi, fie-



care avînd darul să sugereze cîte o pagină din istoria celor șapte secole de minerit în sare, au o anume temă: Marea legendă a prințesei Cunegonde (foto 1);



Regele Cazimir cel Mare, Trezorerul (foto 2), Vistula, Varșovia etc. Ne-au reținut atenția în mod deosebit cea destinată lui Nicolas Copernic, care a vizitat mina în 1493 pe cînd își făcea studiile la Cracovia, și căruia, în 1973, cu ocazia celebrării aniversării a 500 de ani de la naștere, i s-a ridicat un monument înalt de 4,5 m; camera destinată minerilor ce trebuiau să controleze dacă este gaz metan în galerii: însemna risc, curaj, avînd în vedere ustensilele rudimentare și periculoase, în același timp, de care dispuneau; camera Drozdowice, săpată în secolul al XVIII-lea, cu o înălțime de 20 m, are două nișe decorate cu motive florale din sare albă imaculată, care încadrează strofele unui vechi cîntec al minerilor. Două plăci florale, față în față, marchează legăturile care uneau mina Wieliczka cu Universitatea din Cracovia, fondată de Cazimir cel Mare în 1364: profesorii universității trebuiau plătiți din veniturile realizate de mină. O impozantă sculptură în sare simbolizează recunoștința pentru munca vechilor încărcători mineri; camera Mișcării de tineret, marcînd tradițiile progresiste ale tineretului polonez, în special

ATLAS

ale tineretului muncitor. Pe două roci verticale de sare sînt săpate în bazorelieful inițialele organizațiilor care au luptat pentru progres și figuri de tineri al căror slogan a fost: „Luptă — Studiu — Muncă”. La 135 m sub pămînt, un colț de mină cu grote, capele, lacuri — toate amenajate și purtînd patina legendei sau marca istoriei, se adaugă celor 20 de camere legate printr-un drum de 2 614 m.

Întrebărilor pe care eventual ți le pui pe parcursul traseului, piesele muzeului minier amenajat la al treilea nivel al minei, 135 m, oferă răspunsuri complete: diferite sali ilustrează munca vechilor mineri, modul cum au fost folosite ustensilele de-a lungul secolelor, evoluția lor.

Al cincilea nivel al minei, la 211 m în subteran, găzduiește din 1964 un sanatoriu pentru afecțiuni ale căilor respiratorii și în special astm bronșic. Tratatamentul se desfășoară pe parcursul a 24 de zile, în reprize de șase ore pe zi în subteran. Centrul de terapie subterană de aici facînd parte din ansamblul stațiunilor climatice cracoviene.

Revenit la suprafața cu ajutorul liftului — caci bogăția tematică și diversitatea traseului parcurs la o temperatură de 12 grade C solicită și obosește (coborîrea facîndu-se numai pe trepte de lemn, cu balustradă) privești spre cer, spre soare. Dorința de lumină naturală, de înălțime pare firească. Dar pentru cei ce coborau zilnic în adîncuri suspendați de frînghii (foto 3) și fără certitudinea ca se vor întoarce?

Acum abia, ajuns la suprafața, înțelegi cu adevărat mindria sobră pe care o degajă Wieliczka...

Valeria CHILĂU

SUEDIA: DINCOLO DE CERCUL POLAR

- Annika, tu ești laponă?
Întrebare inutilă: ochii migdalați, ușor ridicați spre temple și părul mai închis la culoare îi conferă o identitate inconfundabilă în Suedia, unde toți sînt blonzi. Este, fără îndoială, o fiică a „Laplandului”, ținut de legendă, care nu desemnează o țară, ci o întreagă zonă geografică situată mult dincolo de Cercul polar, peste hotarele Norvegiei, Suediei, Finlandei și Uniunii Sovietice.

Nu se cunoaște cu exactitate numărul laponilor care locuiesc în Suedia. Se apreciază însă că aceștia ar fi între 15 000 și 17 000 de oameni. Circa 2 500 dintre ei trăiesc din pescuit și din creșterea renilor în ținuturi greu accesibile. Restul stau în orașe ce cunosc un avânt din ce în ce mai mare: Kiruna, Umea, Lulea...

Desigur, cu vremea, multe s-au schimbat în viața lor, chiar în viața celor ce urmează turmele nesfîrșite de reni. Astăzi doar rareori se mai întîlnesc sanii trase de ciini, acestea fiind înlocuite de sanii cu motor, un fel de scutere care alunecă pe gheață cu viteze asemenea automobilelor. Televizoarele, radiotelefoanele sînt și ele de mult integrate în existența cotidiană. Laponii înșiși s-au schimbat. Laplandul a rămas același...

Lapland - un ținut unde liniștea absolută, crepusculul, frigul și zăpada sînt stăpîni absoluți 10 luni pe an.

În iunie, Laplandul este însă inundat de un soare fără asfințit, orbitor, reflectat de cristale de gheață și mici ochiuri de apă ca de miliarde și miliarde de oglinzi, asemenea obeliscului de cristal din centrul Stockholmului.

Pornisem spre nord de la Arlanda-house, aeroportul intern al capitalei suedeze,



zburînd pe deasupra Golfului Botnic. De la altitudinea de 10 000 de metri, prin hubloul silențiosului DC-9 al Companiei aeriene S.A.S., se vedeau numeroase sloiuri de gheață: Marea Baltică, liniștită, senină, calmă - o platoșă alba cu ochiuri albastrii. Nimic, nici un petec de culoare nu străpungea spațiul. Mai apoi, de la Lulea la Kiruna, îmbarcați într-un avion minuscul, am alunecat printre nori albi, pufoși, ca pe o pîrtie de gheață.

Dar jos era destul de cald pentru că pămîntul să se fi dezghețat și natura să fie pregătită pentru marea sărbătoare a primăverii nordului. Atunci marile lacuri nordice încep să se dezghețe la maluri și laponii își pot croi mai ușor copcile pentru pescuit, iarba apare de sub zăpadă, iar renii încep să se adune în turme nesfîrșite, blocînd uneori șoseaua.

E atîta bucurie, atîta lumină, atîta liniște și atîta

pace în perioada nopților albe cum numai după tot atît de mult întuneric se poate imagina. Dar încă e atît de frig încît nu se poate sta fără un combinezon îmblănit, fără glugă și fără mănuși. Cum va fi în celelalte 10 luni ale anului?

Mă urc într-o sanie trasă de cinci perechi de ciini puternici, lățoși și îmi ridic privirea spre soarele uriaș dar cu raze de gheață. Și aș vrea ca peste mine să cadă incredibili fulgi de zăpadă...

- Annika. Cum e iarna?

Fata mă privește ironic. Știe că n-am să înțeleg nimic din ce ar putea să-mi spună. Așa că suride și spune:

- Frig...

E ora trei dimineata și noaptea, dacă noapte poate să se cheme explozia aceasta solară, s-a dus. Dar la hotel, într-o sală cu un ecran fosforescent, Annika apasă pe butonul unei cutii de comandă de la distanță și obloane metalice încep să coboare, o

dată cu întunericul, într-o liniște desăvârșită. Iar din caseta video pe care o purtase cu ea atîta drum încep să ne sosească imagini despre orașe și munți și locuri și case și oameni și reni care trăiesc 10 luni pe an în universul nopții.

lor; rezultate școlare nesatisfăcătoare în ciuda unor eforturi din ce în ce mai mari dar mai dezorganizate; lipsa de timp a mamei, care, tracasată de grijile zilnice, nu-și mai arată afecțiunea în fața copilului. Dar și altele mai grave, ale unor tineri la care

ATLAS

crize, încercări de evadare cu ajutorul alcoolului sau drogurilor, chiar cu sinucideri.

E grea și importantă munca de zi și de noapte a celor cîțiva psihologi de la Centrul de consiliere: trebuie să fie atenți, înțelegători, răbdători, să nu se enerveze, să nu renunțe. Dar mai ales să găsească rapid soluții menite să-i ofere copilului sau tînrului aflat într-o situație dificilă o ieșire din impasul în care se găsește; iar uneori nu-i poate oferi decît un simplu prieten la telefon - un om pe care nu-l va vedea nicio dată. Annika rămîne totuși fermă, calmă și sigură de ea, asemenea unui chirurg care operează fără să lase să se vadă că ceva îl afectează, încercînd să dea impresia că nimic din ceea ce se întîmplă dincolo de sala de operație nu-l mai interesează. Și insistă:

- O să fie bine...

Ai să vezi...

O să fie bine...

Caseta s-a terminat și stourile metalice au început să se ridice fără zgomot. A mai trecut o oră. În lumina pură care inundă camera, ceea ce văzusem mai înainte pare imposibil.

Annika zîmbește.

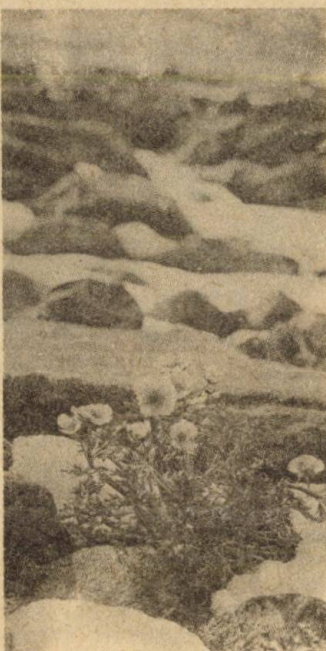
Dar acum știu că, uneori, plînge.

Cristian IONESCU

- Uneori - se aude de undeva, din întuneric, glasul sonor al Annikăi - în acest univers al nopții și frigului, al solitudinii, oamenii nu se simt în siguranță. Mai ales copiii și tinerii. Și atunci au momente de cumpănă. Noi îi ajutăm. Încercăm să-i ajutăm...

Annika Bergstedt este psiholog și împreună cu alți cîțiva specialiști lucrează la un centru de consiliere psihologică al Crucii Roșii suedeze din Umea, o localitate importantă pentru această zonă. În fapt, o mină de oameni plini de bunăvoință care lucrează într-o cameră cu mai multe birouri și cu tot atîtea telefoane ce sună, adesea, toate deodată.

Cîteva dintre convorbiri au fost înregistrate - cazuri considerate „stereotipe”: copii speriați pentru că au rămas singuri, uneori de zile întregi; suferințe prilejuite de abandonul familial al unuia dintre părinți - cel mai adesea fiind vorba de tată; lipsa prieteni-



aceleași cauze ori infedatități sentimentale sau neintegrarea în societate produc adesea șocuri soldate cu



BURUNDI: PLANTE TROPICALE CU VIRTUȚI TERAPEUTICE

După un zbor de noapte deasupra Saharei, spre dimineață, sub un cer roșu ca focul, aterizăm pe Aeroportul internațional Bujumbura, capitala Republicii Burundi. Venim aici ca expert ONUDI în scopul studierii și descoperirii unor noi plante medicinale.

Țară în curs de dezvoltare, Burundi ocupă o suprafață de 27 834 km², pe care trăiesc aproape 5 milioane de locuitori. Spre est se învecinează cu Tanzania, spre nord cu Rwanda, iar spre vest cu Zairul. Peste 90% din populație trăiește în mediul rural și-și câștigă existența pe plantațiile de cafea, bumbac, ceai, tutun, manioc, porumb, sorg, bananieri, ananas, mango, leguminoase și arahide.

Bujumbura, oraș situat în vestul țării, este în același timp unul dintre cele mai importante porturi pe lacul Tanganika și se bucură de un climat plăcut. Deși situat la 4° latitudine, fiind la 780 m altitudine este ferit în majoritatea anului de căldurile tropicale. Am întâlnit aici hoteluri de prima categorie, parcuri bine îngrijite, cu un gazon fin, de tip englezesc, tot timpul anului, înconjurată de resturile primelor păduri tropicale.

În Bujumbura sînt cartiere care concentrează aproape toată activitatea industrială a țării: prelucrarea cafelei, fabrici de textile, ciment, mobilă, coloranți, bere, prelucrarea peștelui, zahăr și alte produse alimentare.

Spre vest de capitală, apele lacului Tanganika cu o lungime de 640 km, o lățime de peste 80 km și o adîncime maximă de 1470 m, al doilea ca adîncime de pe planeta noastră, formează o adevărată



mare interioară. Adîncimea acestui lac se explică prin faptul că este plasat pe marea falie tectonică est-africană, cunoscută sub denumirea de Riff Valley, care are tendința de a despărți continentul african în două. Spre vest, peste apele lacului Tanganika se văd prelungirile munților Ruwenzori din Zair (cu altitudinea maximă de 5 009 m), iar pe teritoriul burundez se înalță muntele Heba, cu vârful cel mai înalt de 2 685 m.

În această zonă, cu aproape

140 ani în urmă, farmacistul Binder din Sebeș-Alba, pionier al explorării Africii, a adunat o bogată colecție botanică și etnografică pe care a dăruit-o Societății naturalistilor din Sibiu și Muzeului „Bruckenthal”. De menționat este faptul că farmacistul sebeșan a ajuns în această zonă deosebit de interesantă cu 20 de ani înaintea medicului și exploratorului englez David Livingstone și a reporterului Stanley. Fiind vorba de prezențe românești în această zonă, trebuie să

menționăm că și farmaciști ca Adrian Juganu, Emanoil Gri-gorescu și alții sau ingineri ca Ion Minea și dr. ing. Emil Păun au străbătut această țară între anii 1977— 1980 în calitate de experți ONUDI. De numele inginerilor și geologilor români este legată și descoperirea nichelului la Musongati, în Burundi.

O caracteristică importantă a munților din această zonă dintre Zair și Burundi este că ei constituie cumpănă de ape între cele mai mari fluvii africane — Nilul și Congo. În bazinul Nilului, unul dintre afluenții lui este riul Kagera, considerat cel mai sudic riu ce intră în lacul Victoria și iese apoi sub denumirea de Nilul Victoria. Al doilea izvor important ce alimentează Nilul este cunoscut sub numele Nilul Alb, care izvorăște din lacul Mobutu Sésé Séko (fost Lacul Albert), iar al treilea izvor important, Nilul Albastru, își formează apele din lacul Tana, din Etiopia. La Khartum, capitala Sudanului, Nilul Alb și Nilul Albastru confluează, formând adevăratul Nil, cel mai lung fluviu de pe planeta noastră (6 671 km).

Nu departe de Bujumbura, spre nord-vest, am vizitat un ținut mlăștinos, cu numeroase lacuri, ca Rwern, Cohoha, Rwhidna și altele, un adevărat paradis al păsărilor, unde se întâlnesc pelicani, cormorani și alte specii care cuibăresc în delta noastră, precum și bogate colonii de flamingo — aceste grațioase reprezentante ale faunei ornitologice.

Tot în aceeași zonă, am vizitat, în plină junglă, o școală de tam-tam unde, sub îndrumarea unui profesor exigent, copiii africani învățau ore întregi secretele ritmului. Apoi, după cîteva ani, cînd primeau calificarea, formau „orchestra” neîntrecuților dansatori burundezi. Costumele toboșarilor erau formate dintr-o cămașă lungă, albă, fără mîneci,

peste care era petrecută un fel de toga purpurie peste umărul stîng sau drept. To-bele, înalte de un metru, ornamentate cu culori vii, erau așezate pe pămînt în așa fel încît să permită tam-tamiștilor să le manevreze în ritm de dans. În fața lor se alcătuiau grupuri de dansatori îmbrăcați sumar sau în piei de leopard, cu sulipe în mîini, imitînd prin mișcări de felină pașii sau salturile animalelor junglei. Unul dintre aceste dansuri se numește chiar „dansul leopardului”. Urmăream ore întregi aceste competiții de măiestrie a dansului ritmat african, executat de grupuri separate de bărbați sau femei. De fiecare dată m-a uimit energia inepuizabilă și luțea dansatorilor care, spre deosebire de viața lor lentă de fiecare zi, datorită căldurii tropicale sau ecuatoriale, căpătau în dans forțe inepuizabile. Ritmul tam-tamului era nativ, înțipărit în fiecare pas, în fiecare fibră a corpului. Tinerile africane nu se lăsau mai prejos decît bărbații. În același timp executau numeroase figuri, unele chiar de acrobație, și pîruete circulare pe spate.

După un drum de aproape 200 km prin junglă, printre plantații de bananieri, mango, ananas și alte specii de bază pentru alimentație, nu am întîlnit nici o localitate, ci doar din loc în loc colibe cilindrice cu acoperișuri conice, numite paiote. Pînă la șoseaua principală tinere africane purtau pe cap ciorchini enormi de banane verzi care, aici ca și în alte țări ecuatoriale și tropicale, constituie principala sursă de hidrocarbonate, alături de manioc, în alimentația zilnică. Acest soi de banane nu se consumă crude, ci fie fierte, fie prăjite în ulei de palmier.

Deodată, în mijlocul pădurii și plantațiilor, apare un mic orașel: Bukeye. Toate clădirile — școlile, biserica, țesătoriile, atelierele meșteșugărești și locuințele — sînt construite din cărămidă roșie, la fel ca și pămîntul african, dar nu sînt tencuite. Acest orașel a fost construit în urmă cu aproape o sută de ani, cu asistență teh-

nică belgiană, care a adus aici limba franceză dar și multe obiceiuri occidentale. La Bukeye am vizitat un mic spital, mai bine zis un staționar cu 14 paturi, unde, prin mijloace de medicină tradițională, erau tratați bolnavi psihici, unele paralizii și, lucru foarte interesant, se aplicau tratamente în scopul dirijării sexului viitorilor copii conform dorinței părinților! În cazul în care părinții doreau un băiat tratamentul începea înainte de procreare, iar dacă doreau o fetiță tratamentul se aplica în primele trei săptămîni de sarcină. Tratamentul era condus de două surori de caritate, ambele africane, care preparau medicamentele tradiționale, majoritatea din plante tropicale, și aplicau tratamentul. Rezultatele acestor tratamente empirice mi-au fost confirmate de persoane demne de încredere. Nu este exclus să fie folosite specii de plante cu acțiune hormonală. De altfel, în flora africană sînt cîteva specii de plante verificate care conțin precursori ai hormonilor steroizi. Dar mai sînt încă sute de specii pe care medicina clasică nu a reușit să le cerceteze și să le aplice pe baze științifice, în special datorită păstrării secretului de către tîmăduitorii din medicina tradițională a țărilor afro-asiatice sau din America latină. M-a impresionat faptul că, în timp ce vizitam acest mic spital, un tînăr localnic, care suferise de paraplegie și venise în urmă cu o lună, acum pleca acasă fără cîrje...

Organizația Mondială a Sănătății a adoptat o nouă tactică în ceea ce privește asistența medicală, în special în ultimul deceniu: de a inventaria și studia toate remediile de medicină tradițională și a aplica pe cele ce se dovedesc utile. Integrarea acestor proceduri medicale tradiționale în ansamblul de măsuri de asistență medicală de stat constituie în prezent încă o cale pentru ca devisa „Sănătate pentru toți pînă în anul 2 000” să devină realitate.

Dr. farm. Ovidiu BOJOR



O POVESTE CU MINE

Agenciile de presă și posturile de radio transmit tot mai frecvent vești triste despre accidente și avarii ale unor nave militare și civile, iar la stațiile din larg se înregistrează frecvent cunoscutul dar, din păcate, alarmantul S.O.S.

Numeroase vieți omenesti și prețioase bunuri pier în adincul valurilor, victime ale minelor marine, care sînt neiertătoare fie că rătăcesc în derivă „între două ape”, cum spun marinarii, la o imersiune de 3-4 m sub nivelul mării, fie că sînt plantate în baraje pe traseele navigabile.

În jurnalul meu, de pe vremea cînd eram marinăr, mi-am notat multe întîmplări legate de bărbăția și curajul oamenilor mării. Am participat deseori la misiunile de distrugere a minelor marine semănate de fasciști în anii celui de-al doilea război mondial, pe căile navigabile de la Constanța pînă în Bosfor, în apele noastre teritoriale. Eram alături de comandantul dragorului de bază, cu echipa sa de neînfricați culegători de mine, de mitraliori și tunari. Aceștia, sfidînd forțele naturii dezlănțuite, aflați de vechi zile și nopți de-a rîndul, distrugneau sferele cenușii încărcate cu explozibil, care periclitau orice navă indiferent de pavilionul sub care naviga. Săisorezece

asemenea incursiuni grele au făcut inofensive tot atîtea mine. După ce le descopereau, le reperau, se apropiau de ele nu fără emoție, și puneau încărcături de trolit, apoi, ieșind din zona periculoasă, se îndreptau cu bărcile spre dragor, permițînd artileriștilor să tragă în plin. Jerbe uriașe de apă țîșneau spre cerul smolit, iar corpul navei noastre vibra de loviturile ca de ciocan ale apelor furioase. Peste puțin timp, radiotelegrafistii puteau transmite în văzduh: „Cale liberă”.

Ce bine ar fi dacă putoarele de mine ale tuturor flotelor militare din lume s-ar transforma în culegătoare de mine, dacă în loc să semene capcane ale morții și-ar asuma misiunea de a vechea doar convoaie pașnice.

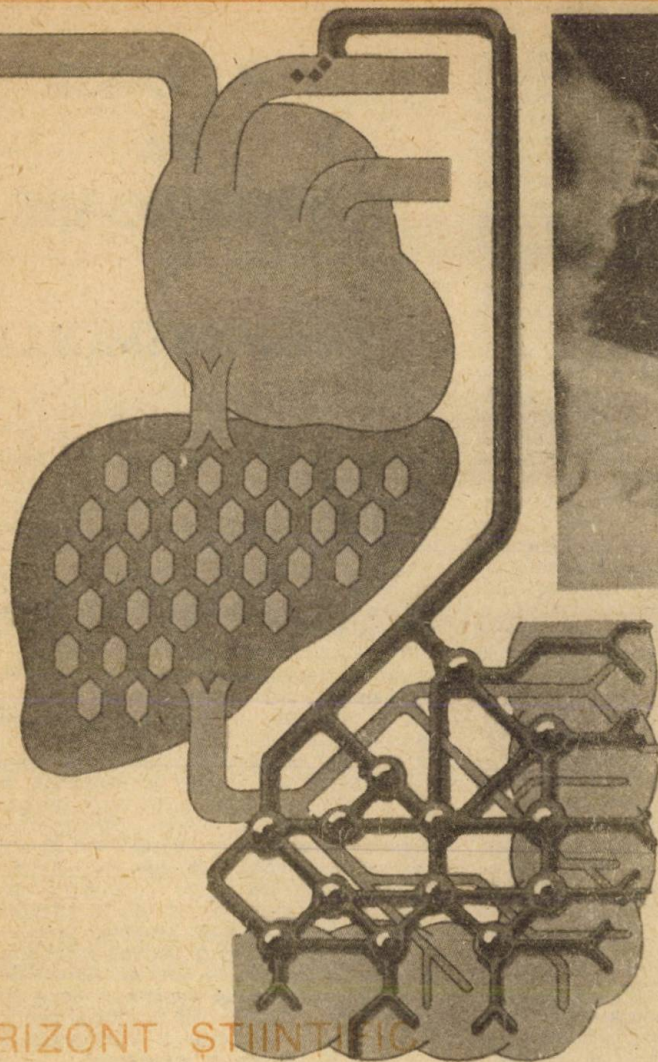
...Ne aflăm, la cîțiva ani după război, pe cargoul „Craiova”, în sudul Angliei. O ceață lăptoasă făcea ca navigația spre portul Fewey să fie îngreunată. Așteptam fluxul ca să pătrundem în canal, între munții de calcar ai locului. O barcă a fost lansată la apă cu misiunea de a recunoaște, cu ajutorul pilotului local, canalul navigabil. Ne-am apropiat de țarm. Coordonatele erau 50° 24' N, 4° 35' V, adică un-

deva la Nord-Vest de Devonport. În apropiere, pe un promontoriu, se înalță casa paznicului de far, pe zidul căreia sta scris: „Prima și ultima casă din Anglia”. E locul de unde începe și se termina Marea Britanie pentru marinari, pentru că aici ridică ei ancora și tot aici o lansează la întoarcerea acasă. Dar viețile oamenilor încep și se termină oare tot aici? Ne-am pomenit purtați de fluxul în creștere la cîțiva metri de corpul cenușiu al unei sfere împănate cu antene. Eram surprinși, ba chiar, de ce să n-o spun, destul de îngrijorați. Aveam în față o mină autentică, aidoma celor întîlnite cîndva în Marea Neagră, din arsenalul flotei marine de război hitleriste. Pe măsură ce ne apropiam de țărmlul abrupt, deslușeam tot mai clar conturul sferei nimicitoare, care ne-a produs nu odată fiori de groază. I-am liniștit însă curînd pe marinarii din echipaj cînd – odată cu creșterea vizibilității – am băgat de seamă că mina... se odihnea pe plajă. Alături de ea se putea citi, de la mare distanță, consemnat pe o pancartă, apelul „Societății marinarilor pierduți pe mări și oceane”. „Dați pentru urmașii celor ce au pierit de furia valurilor”. Pentru aceasta, într-un loc, în zona „cornițelor” sau antenei (care era, de fapt, punctul declanșator al exploziei) se afla o deschizătură asemănătoare cu a unei pușculițe prin care trecătorul putea strecura cîteva monede. Ne-am făcut și noi, firește, datoria umanitară, cu atît mai mult cu cît eram vechi oameni ai mării. Ne găseam, deci, în acest colț îndepărtat al Europei, situat între ape, față în față cu una din acele invenții ucigătoare, care răspîndiseră groază pe mări în timpul războiului. Acum nu mai era o mașină a morții, ci un glob nevinovat ca o minge mare de plajă.

...Mă gîndesc cîte vieți ar putea fi salvate dacă toate minele aducătoare de moarte de pe „căile fără pulbere” ale lumii s-ar transforma în simboluri ale omeniei, asemenea „pușculiței” de la Fowey. Dacă în Golful Persic sau în oricare punct navigabil de pe glob s-ar putea naviga în siguranță, dacă flotele maritime militare ar fi transformate în convoaie comerciale, dacă toți slujitorii mării ar deveni cărașii mesajelor de pace și prietenie între popoarele de pretutindeni...

Viorel LUPU

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0



ORIZONT ȘTIINȚIFIC



Imaginea medicului izolat pălește în favoarea colectivului de medici specializați; medicina nu mai poate fi privită ca o artă - ea este o practică științifică, bazată pe tehnici complexe de investigație, diagnosticare și tratament; această practică nu mai poate fi concepută fără o importantă latură de cercetare teoretică specifică, tot mai perfecționată, în virtutea căreia în medicina actuală se vorbește tot mai mult despre posibilitatea de previziune. Știința medicală con-

temporană a învins maladii teribile, incurabile cu numai câteva decenii în urmă, și își desfășoară bătăliile pe un front larg, în care un loc important este ocupat de profilaxia bolilor, de prevenirea producerii lor atât genetic cât și social. În virtutea dezvoltării științei medicale, a unității tot mai strinse dintre teoretic și practic, dintre curativ și preventiv, putem privi cu încredere viitorul medicinei, știință prin excelență umană și umanistă.

MIJLOACE DE INVESTIGARE A ORGANISMULUI

Analizele și explorările funcționale ale organismului sînt multiple și foarte complexe, laboratorul de azi fiind o adevărată uzină biomedicală, chiar și pentru cei mai avizați medici și cercetători. Rolul lor este așa de mare în stabilirea diagnosticelor și stadiului evolutiv al diferitelor afecțiuni, a integrității anatomofuncționale a unor organe și sisteme, încît nici nu se poate concepe o medicină modernă fără concursul investigațiilor de laborator. Totodată, aceste procedee și metode biochimice și fiziologice au și un rol hotărîtor în aplicarea, conducerea și supravegherea eficienței tratamentului științific. Astfel, în unele cazuri se mai pot întîlni și evoluții nesatisfăcătoare ale unor infecții, deși tratamentul a fost făcut pe baza cunoașterii etiologiei și a sensibilității agentului patogen la antibioterapie. În aceste situații se pune problema dacă concentrația de antibiotic administrată ajunge la nivelul necesar în singe sau al localizării infecției. Și în asemenea cazuri laboratorul ne ajută prin determinări ale concentrației antibioticului în singe, umori, excreții și la stabilirea diagnosticului etiologic, mai ales în bolile infecțioase nespecifice (cu etiologie diferită): infecțiile respiratorii, boala diareică, meningitele, septicemiile, infecțiile căilor biliare și urinare etc. Ca regulă, trebuie reținut că produsele biologice de examinat se recoltează înainte de tratamentul cu antibiotice, iar în unele cazuri și după, dacă răspunsul terapeutic nu-i concludent.

SCANOGRAFIA TORACICĂ. În prezent, scanografia toracică este tot mai frecvent folosită în pneumologie, înlocuind tomografia convențională, permițînd reducerea considerabilă a numărului bronhografiilor și angiografiilor pulmonare. Ea ne oferă o imagine topografică mai clară a dimensiunilor tumorale decît examenele convenționale. Adenopatiile, tumorile, granulomalele, calcifierile, necrozele pulmonare sînt clar evidențiate de scanografie. Datele topografice oferite sînt, la nivelul plămînilor, de o precizie subsegmentară. Scanografia ne permite stabilirea diagnosticului și evoluția extensiei bronșectaziilor și emfizemului pulmonar, în același timp oferă o imagine mai bună leziunilor pneumopatiilor interstițiale cronice.

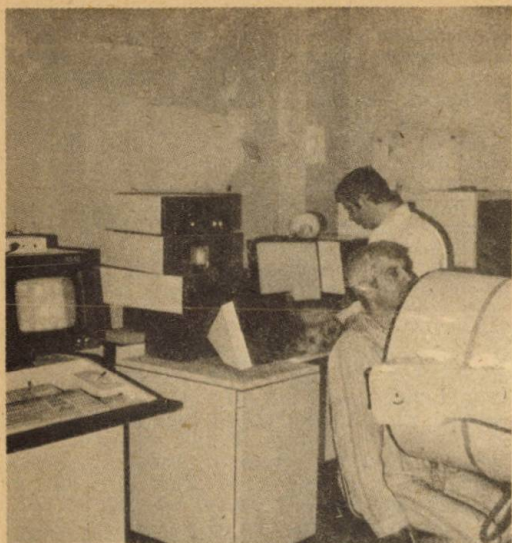
GAMMAGLUTAMILTRANSPEPTIDAZA (GGTP) are un rol important în ciclul complex al glutatoniului. Gammaglutamiltranspeptidaza este o enzimă care există în cantități reduse în ficat. În cazul alcoolismului cronic și în unele boli acute sau cronice ale ficatului se constată o creștere a sintezei și eliberării de GGTP. În același timp, ea apare ca un semn precoce al malignizării la nivelul ficatului. Studiile făcute pe om și animal, cît și localizarea GGTP din primele momente de cancerizare a ficatului face din GGTP un test foarte indicat în astfel de cazuri. În același timp, clonarea genei GGTP ne oferă posibilitatea descifrării modului în care alcoolul produce creșterea valorilor acestei enzime în singe.

ALFAFETOPROTEINA (AFP) serică umană este o proteină fetală normală. Ea este sintetizată și secretată în mod normal de ficatul fătului și de membranele viteline. La om, după naștere, concentrația de AFP atinge valori normale între 0—10 ng/ml. Concentrații crescute de AFP serice se întîlnesc în: hepatitele cronice și cirozele hepatice active, în boala de ficat alcoolică, atîngînd nivele foarte mari (peste 500 ng/ml), în carcinoamele hepatocelulare. Aceste creșteri mari și bruște ale AFP-ului marchează o proliferare a hepatocitelor tumorale.

POTASIUL și MAGNEZIUL sînt bine cunoscuți, fiind, cantitativ, cei doi cationi intracelulari. Ei au

un rol important în excitabilitatea și contractilitatea mușchiului cardiac, fiind o relație strînsă între metabolismul lor. Deficitul de magneziu este tot însoțit de o pierdere celulară de potasiu. Importanța hipopotasemiilor în producerea (geneza) aritmiilor cardiace este cunoscută, iar cea a carenței de magneziu este mai frecvent incriminată. Cauza cea mai importantă a acestor tulburări electrolitice este utilizarea diureticelor în doze mari sau prelungite. Aritmiile care apar în faze precoce ale infarctului miocardic sînt strîns legate de migrările metabolice ale ionilor de potasiu și magneziu între spațiile intra și extracelulare. Efectul antiaritmice al magneziului și cauzele aritmogene ale deficitului acestuia se leagă de rolul lui stabilizant asupra permeabilității membranei la ionii de potasiu, cu un efect antagonist față de ionii de calciu. În fond, echilibrul magnezic garantează echilibrul potasic, fiind utilă o asigurare în egală măsură. Studiile clinice și epidemiologice evidențiază că un regim bogat în potasiu are un efect protector față de accidentele vasculare cerebrale, pe care scăderea presiunii sistolice sau diastolice nu o justifică în general. Indiferent de mecanismul de acțiune, alimentele bogate în potasiu, în special fructele și legumele proaspete, au un efect benefic nu numai pentru prevenirea bolilor cerebrale și cardiovasculare, dar chiar și în prevenirea cancerului.

ECOGRAFIA este în ultimul timp un examen suprasolicitat de medici cît și de bolnavi. De la introducerea ei în practica medicală au trecut 32 de ani. Ea ne informează asupra formei, volumului, poziției, a unor variante anormale cît și modificări ale unor organe privind structurile lor și punerea în evidență a unor calculi biliari, renali (litiază biliară sau renală etc.) Azi se discută și riscurile pe care le poate aduce ecografia pentru feteși, semnalizîndu-se un număr crescut de dislexii în cazul abuzului ecografic efectuat gravidelor, cîi ultrasunetele pot fi responsabile de repartizarea neutronilor în diferite zone ale creierului. Ecografia ne permite să controlăm evoluția sarcinii, poziția fătului, cît și posibilitatea unor anomalii majore. În general se pot efectua cel mult două examene ecografice (în lunile a IV-a și a VII-a de sarcină) sau unul singur pentru studiul morfologic al fătului, evidențierea unor malformații, cît și numărul feților pentru dispensarizarea unor sarcini multiple, vitalitatea, inserția placentei. În același timp, trebuie să subliniem importanța numărului mare de rezultate fals pozitive sau fals negative ale diagnosticului ecografic.



SCINTIGRAFIA HEPATICĂ, SPLENICĂ, TIROIDIANĂ, PANCREATICĂ, RENALĂ, OSOASĂ etc. reprezintă o metodă foarte utilă în studiul formei, poziției, volumului, intensității, fixării izotopului folosit la nivelul organului: Scintigrafia este procedeul cel mai obiectiv de evidențiere a hepatomegaliilor, splenomegaliilor, permițând evaluarea volumului lor prin aplicarea unor tehnici de măsurare directă. Permite diagnosticul unor: abcese, chisturi hidatice, tumori, metastaze. Dacă nu se efectuează o scintigrafie hepatică înainte de executarea unei puncții-biopsii hepatice, aceasta poate avea consecințe grave asupra bolnavului, dacă se puncționează un chist hidatic necunoscut.

ESOFAGOSCOPIA ne oferă posibilitatea evidențierii unor afecțiuni esofagiene ca: esofagita, hernia transhiatală, varicele esofagiene, spasmele esofagiene, cancerul esofagian, cât și cunoașterea etiologiei hemoragiilor digestive superioare.

FIBROSCOPIA ne oferă o vizualizare a stomacului iar **FIBRODUODENOSCOPIA** pe cea a bulbului duodenal, permițându-ne o diferențiere între ulcerul gastric și cancerul gastric ale stomacului operat: gastrita bontului, ulcerul peptic postoperator, gastrita atrofică, infiltrația carcinomatoasă a stomacului, limfosarcomul gastric, elucidate prin biopsii multiple.

TUȘUL RECTAL are o importanță fundamentală, el obiectivând în special leziunile anale: hemoroizii, fisuri, fistule, formațiuni tumorale, traumatisme, cancere rectale.

IRIGOSCOPIA este o metodă comodă, posibilă în orice serviciu de radiologie, cu posibilități de obiectivare a diferitelor leziuni ca: tumori ale colonului sau anomalii de lungime și calibru (dolicocolonul sau megacolonul), diverticuli mici sau multipli, ulceratii etc. Este necesară însă o bună pregătire a bolnavului.

COLONOSCOPIA permite vizualizarea colonului, fiind o tehnică de maximă importanță, dublată și de o biopsie bine dirijată. Ea oferă și posibilitatea unor intervenții hemostatice locale. În hemoragiile acute identificarea locului poate fi evidențiată cu ajutorul scintigrafiei cu radionucleizi sau cu hematii marcate cu Cr⁵¹.

UROCULTURA permite izolarea și identificarea germenilor saprofiti în vederea aplicării unor tra-

tamente antibacteriene, iar bacteriuria minută, cu sau fără teste de provocare, este o metoda necesară pentru confirmarea unei funcții urinare. Considerăm patologică bacteriuria care depășește 100 000 de germeni/ml de urină, în condiții normale, se pot găsi pînă la 10 000 de germeni/ml de urină.

EXAMENUL URINII. Rezultat final al activității renale, urina prezintă unele caractere fizico-chimice sub raport analitic și clinic pentru aprecierea funcționalității renale în condiții fiziologice și patologice. Urina normală este limpede și transparentă. Valoarea datelor furnizate de examenul urinei depinde de modul recoltării și de conservarea ei. Dacă urina colectată se pastrează la o temperatură mai scăzută, ea se tulbură. Prin încălzire, urina își recapătă aspectul limpede inițial. Elementele figurate cele mai des întîlnite în urină sînt: globulele roșii; leucocitele sub forma de puroi, mucusul și cilindrii. Volumul urinei este variabil, fiind legat în condiții fiziologice de aportul exogen de lichide, gradul și durata activității fizice, temperatura mediului ambiant etc. Volumul urinar variază între 500 ml/zi și 1500 ml/zi și poate fi considerat normal pînă la 2 000 ml/zi. Urina normală are o culoare galben-deschis, dată atît de unele substanțe (urocromii, urobilina, porfirine), cît și de derivații indoxilului urinar. Unele medicamente îi pot modifica culoarea. Așa se întîmplă în cazul administrării de Albastru de metilen, cînd ea are culoarea albastru-verzuie. În cazul unor boli febrile întîlnim urini roșcate, cu o densitate crescută, iar în nefritile acute hemoragice roș-verzuie sau neagră-verzuie. Hematuria (emisii de sînge amestecat cu urina) este un semn pe care-l întîlnim frecvent în suferințele aparatului renal, pentru care trebuie să ne adresăm urgent medicului.

HEMOLEUCOGRAMA. Singele este format dintr-o substanță fundamentală — plasma — și o componentă celulară — elemente figurate. Investigarea hematologică se limitează la indici cantitativi și calitativi ai acestuia, reprezentînd hemograma. Singele întreține cu oxigenul și substanțele nutritive și plastice lichidele extracelulare. Prin mediatori chimici, hormoni și alte substanțe biologice active, el contribuie la reglarea activității celulare cu rol important în procesele de termoreglare. Dintre elementele sale figurate menționăm globulele roșii, care la bărbați se situează, în mod normal, între 4,3 și 5,5 milioane/mm³, iar la femei între 3,9 și 4,9 milioane/mm³. La nou-născuți numărul eritrocitelor este crescut, atîngînd 6,5 milioane/mm³, iar la bătrîni există tendința la scădere sub limita inferioară a normalului. Dintre indicii de culoare menționăm hemoglobina, cu valori normale la bărbați între 15-16,5 g/100 ml de sînge, iar la femei între 13—15 g/100 ml de sînge. Leucograma reprezintă număratoarea leucocitelor, cu valori normale între 4 000—9 000/mm³. Creșterea peste 9 000/mm³ reprezintă leucocitoze, iar scăderea sub 4 000/mm³ leucopenii. Celelalte elemente ale seriei albe și valorile lor normale se prezintă astfel: neutrofile nesegmentate între 3—5%, neutrofile segmentate între 57—65%, eozinofile între 1—3%, bazofile între 0,5—1%, limfocite între 22—30%, monocite între 4—8%.

Dr. Nicolae GHEORGHE
cercetător științific principal,
Institutul de fiziologie normală și patologică
„D. Danielopolu”

INCREDIBILA INGINERIE GENETICĂ

În „Romanul mumiei”, Théophile Gautier povestește cum un tânăr lord englez și un egiptolog german, reușind să pătrundă în mormintul încă neviolat al unui faraon, au avut surpriza de a descoperi intactă mumiă unei frumoase tinere, care, grație unei îmbalsămări deosebite, își păstrase, după mii de ani, culorile vieții. Și iată că această poveste fantastică se transformă, la un moment dat, în... „previziune” științifică! Într-adevăr, nu demult, cercetătorii de la laboratorul celular al Universității din Uppsala (Suedia), examinând mumiile egiptene pe care Muzeul de antichități din Berlin (R.D.G.) le trimisese spre a fi restaurate, au descoperit una a cărei piele conținea încă un „sufiu de viață”. Oricât de surprinzător ar putea să pară aceasta, acidul dezoxiribonucleic (ADN) prelevat din celulele epidermei și grefat în bacterii a început să funcționeze din nou. Dacă, după definiția lui Bichat, viața este „ansamblul funcțiilor care rezistă morții”, mumiă respectivă, aceea a unui prinț egiptean decedat în vîrstă de abia un an, acum 2 430 de ani, prezenta încă semne de viață. Fără îndoială că într-un viitor - mai mult sau mai puțin îndepărtat, oamenii de știință le va fi cu putință să-l aducă la viață, nu pe micul prinț egiptean, ci, datorită ADN-ului încă activ prezent în piele, pe... fratele său geamăn, copia sa perfectă. Pentru reușita operației ar fi suficientă doar... prelevarea moleculei de ADN din celula mumiiei și transferarea ei într-un ovul căruia în prealabil i s-a extras nucleul. Acest ovul, care, bine înțeles, ar proveni de la o femeie din veacul nostru, va trebui reimplantat în uterul proprietarei, care va face atunci oficiul de mamă purtătoare, dînd naștere unui copil în vîrstă de... 2 430 de ani. O experiență asemănătoare a fost încercată în 1978 de medicul american Landrum Shettles, care, neavînd la îndemînă o mumiă, s-a mulțumit cu ovulul enucleat al unei contemporane. Experiența a eșuat, deși din punct de vedere tehnic așamblajul era perfect. Lipsea numai elementul motor care determina segmentarea.

Mort... incurabil. Există, totuși, o metodă care „înlășnește” anticilor defuncți nu atât să-și... procure frați gemeni, ci să se... perpetueze dincolo de milenii. Din păcate, această metodă nu se poate aplica mumiilor regale de pe malul Nilului, iar contemporanii noștri nu vor avea bucuria să vadă cum mumiă reginei Henttewy dă naștere, prin intermediul unei mame purtătoare interpusă, unui fiu al marelui Ramses II, nici cum una dintre cele treizeci de prințese descoperite într-o ascunzătoare a templului de la Deir el-Bahari reușește să prelungească șirul descendenților lui Amenophis IV, soțul lui Nefertiti. De ce? Pentru că în Egipt, înainte de a fi îmbalsămat, cadavrul era golit de toate viscerale, cu excepția inimii și a rinichilor. Chiar și encefalul era extras prin nări cu ajutorul unui cîrlig. Această curățenie completă pe dinăuntru a corpului nu cruța nici testiculele, nici ovarele. Or, fără gonade, orice reproducere devine imposibilă.

Să redăm mumiilor speranță! Dacă pentru mumiile din Egipt diagnosticul este ireversibil, în schimb mumiile descoperite în China își pot pune nădejdea

în progresele medicinei. Ele vor fi cu siguranță... vindecate de moartea veșnică. În Celestul Imperiu nu se practica ablația viscerelor. Starea perfectă de conservare a corpurilor datorată totuși mai puțin științei îmbalsămarilor decît tehnicii de înmormintare. Cadavrul domnitorului defunct era așezat într-o primă casetă, executată dintr-un lemn cunoscut pentru imputrescibilitatea sa, anume acela al unui conifer indigen, repertoriat astăzi sub numele de **Cunninghamia lanceolata**. La rîndul ei, prima casetă, era închisă în alte trei, din lemn de cedru, ansamblul celor patru receptacule constituind sicriul, care era depus în interiorul a încă două cutii. Așadar, șase învelișuri izolau corpul de atmosfera cavoului. Mai mult, în interstiții era introdus caolin și cărbune de lemn, al căror rol era să neutralizeze orice urmă de umiditate. De altfel, starea perfectă de conservare se datora nu atât suprapunerii de bariere protectoare, cît mai ales puterii bactericide a rășinii exudate de prima casetă. De altfel, majoritatea mumiilor, cînd au fost scoase la lumina zilei, innotau literalmente în această rășină. Unele chiar erau atât de puțin alterate încît păreau înhumeate cu o zi înainte. Este cazul, de pildă, al unei prințese moartă cu 200 de ani î.e.n., al cărei mormînt a fost descoperit la Mawangdui, în provincia Hu-Nan; este cazul, de asemenea, al mumiiei unui înalt funcționar, găsită la Jingzhu, în provincia Hu-Pei, datînd aproximativ din aceeași perioadă ca precedenta. Astăzi, cei doi iluștri defuncți sînt expuși, unul la muzeul din Changsha (capitala provinciei Hu-Nan), celălalt la muzeul din Jingzhu, în sicrie de sticlă.

Oamenii de știință au fost, evident, interesați de cele două mumiі la fel de vechi ca Marele Zid chinezesc. Dată fiind starea bună în care se găseau visceralele lor, savanții au putut să preleveze esanțioane de singe și să determine grupa sanguină a fiecărui personaj. De ce n-ar fi cu putință, în acest caz, extragerea din ovarele prințesei și din testiculele funcționarului, a ovulelor și a spermatozoizilor care ar trebui, teoretic, să conțină ADN încă în stare de funcționare? Simpla „reanimare” a gameților, urmată de fecundarea in vitro a unui ovul de către spermatozoizi și implantarea embrionului într-o mamă purtătoare ar fi de ajuns pentru a obține, nouă luni mai târziu, un copil „născut” din două mumiі bimilenare. În ciuda acestei perspective „optimiste”, este îndoielnic ca experiența să reușească, întrucît spermatozoizii, chiar perfect conservați, nu ar avea mobilitatea necesară și ar fi, prin urmare, incapabili să fecundeze ovulele. Singura șansă de succes a unei asemenea întreprinderi ar fi asigurată doar de ADN-ul celulelor sexuale - fapt demonstrat de savantul Svante Pääbo de la Universitatea din Uppsala, care a arătat că acidul dezoxiribonucleic ar putea fi reactivat mult timp după moarte. Ar mai trebui însă ca acest ADN reactivabil, prelevat din gameți de mult timp inanimați, să mai poată produce o ființă vie.

Intermezzo: în sfîrșit, un mamut viu în secolul XXI! Sînt cunoscute eforturile oamenilor de știință sovietici și americani de a... readuce la viață specii de animale de mult dispărute. La Leningrad, de pildă, echipa profesorului Viktor Mikhelson încerca, acum cîțiva ani, să facă posibilă „renăscerea” mamuților dispăruți în vremea marilor glaciațiuni ale erei cuaternare. În acest scop au fost utilizate două tehnici. Prima consta din prelevarea unei celule oarecare din corpul mamuțului îngropat sub gheturile siberiene, din extragerea nucleului ei și reinserarea lui într-un ovul (prealabil enucleat) luat de la un elefant femelă. Ultima fază - reimplantarea ovulului manipulat în uterul acesteia. Simplu! Teoretic, s-ar fi obținut astfel, după 18 pină la 20 de luni, un mic

mamut, fratele geamăn al strămoșului lui congelat. A doua tehnică, la fel de lesne de pus în practică, necesită participarea a doi mamuți, unul mascul și celălalt femelă. După prelevarea spermatozoizilor și readucerea lor la temperatura normală se execută operația de fecundare a ovulelor. Metodă similară celei folosite pentru „fabricarea” copiilor în eprubetă.

La Berkeley (S.U.A.), o echipă de la Universitatea din California încearcă să reproducă quagga (*Equus quagga*), o specie de zebra, altădată foarte răspândită în Africa, al cărei ultim reprezentant s-a stins în 1883. Punctul de plecare al experimentului: un mic fragment de mușchi, prelevat de la un quagga expus la Muzeul de istorie naturală din Mainz (R.F.G.). Deși s-a stabilit că ADN-ul conținut în celulele acestui fragment dehidratat a rămas încă funcțional, savanții nu au aflat încă dacă acest ADN „viabil” este capabil, totodată, să recreeze viața.

Un ADN... princiari. Să revenim la Egipt! Clasat sub numărul 721 în inventarul colecțiilor din muzeul de antichități din capitala R.D. Germane, micul print egiptean a constituit obiectul unei datări științifice precise, din care se poate conchide că moartea a survenit acum 2430 de ani $\pm$ 120 ani. El era deci contemporan, fie cu Ptolemeu I (360-283 î.e.n.), regele Egiptului și întemeietorul dinastiei Lagizilor, fie cu Amasis (568-525 î.e.n.), penultimul rege din dinastia a XXVI-a. ADN-ul „princiari” a fost extras din cele cîteva celule din epiderma gleznei stingi. Oare a bănuit vreodată micul print sau măcar unul din șirul de strămoși faraoni că această lungă moleculă (ADN-ul), aflată în nucleul tuturor celulelor noastre, va înfrunta, la fel ca piramidele, presiunea mereu mai înfricoșătoare a mileniilor? Piramidele sînt vizibile și din satelit, dar molecula de ADN este greu identificabilă chiar la microscop. Ea se scindează în cromozomi vizibili în momentul diviziunii celulare. Considerat pe plan funcțional, ADN-ul este un fel de „bandă magnetică”, care poartă, în limbaj codificat, tot patrimoniul genetic al individului a căruia îi aparține. Fiecare caracteristică a individului respectiv este determinată de o genă, adică de o minusculă porțiune din molecula de ADN (un ADN uman număra în total aproximativ 500 000 de gene aliniate de-a lungul moleculei). Fiecare genă, la rîndul ei, este formată din sute, milioane chiar de unități (nucleotidele), dispuse într-o ordine anume și conținînd fiecare una din cele patru baze următoare: adenina (A), citozina (C), guanina (G) și timina (T). Aceste baze constituie cele patru litere fundamentale ale alfabetului genetic și ordinea în care sînt ele plasate în interiorul fiecărei gene determină mesajul codificat de numita genă. Acest mesaj este descifrat de către mașinărie celulară și convertit din proteină. Fiecărei gene îi corespunde deci o proteină specifică, a cărei compoziție este în funcție de aranjamentul bazelor A, C, G, T în interiorul genei. În sfîrșit, de la proteinele codificate de gene se formează diferitele țesuturi ale organismului (înimă, plămîni, ochi, păr, unghii etc.). Așadar, ADN-ul unui fiu al Soarelui nu diferă cu nimic de ADN-ul unui contemporan al nostru... Deși celulele epidermice prelevate de la mica mumie egipteană nu au oferit pentru moment savanților decît molecule de ADN foarte incomplete – cea mai lungă reprezentînd aproximativ doar 0,55% dintr-un ADN total, restul fiind degradat de-a lungul anilor –, oamenii de știință au reușit să facă experiențe cît se poate de interesante. Astfel, după ce au studiat mesajele transmise de aceste fragmente, au ajuns la concluzia că ADN-ul egiptenilor din epoca faraonică utiliza același alfabet genetic cu ADN-ul nostru și, în nici un caz... hieroglifile, cum lăsa să se înțeleagă unele minți mai înfierbin-

tate.

Încercînd să afle dacă aceste resturi de acid dezoxiribonucleic erau încă funcționale, biologii din Upsala l-au decupat în mici fragmente cu ajutorul unei enzime de restricție și au grefat fiecare din aceste fragmente pe o bacterie, faimoasa *Escherichia coli*. În linii mari, operația s-a petrecut astfel: s-a extras din bacterie un plasmid, adică o mică moleculă de ADN în formă de inel, frecventă în citoplasma bacteriilor, care este independentă de marea moleculă de ADN cromozomic, comună tuturor organismelor. Apoi, cercetătorii au deschis inelul tot cu ajutorul unei enzime de restricție și au inserat în deschidere un mic fragment din ADN-ul mumiei. În fine, ei au pus la loc plasmida în bacterie și au așteptat urmările. Bacteria a continuat să se dividă, reproducînd cît se poate de normal, la fiecare nouă generație, o copie a plasmidei manipulate. În schimb, ceea ce este uimitor, fiecare din aceste noi plasmide conținea... micul fragment din ADN-ul mumiei. Grefa se „prinsese”, probă ca ADN-ul era în continuare funcțional.

Fără îndoială că nu cu fragmente de acid dezoxiribonucleic reprezentînd doar 0,5% din molecula totală, i se va putea „fabrica” micului print un frate geamăn. Deși savanții speră să descopere un ADN intact în celule mai bine conservate decît cele ale pielii, principalul interes prezentat astăzi de studiul ADN aparținînd trecutului este acela de a cunoaște mai bine și înțelege evoluția speciilor și mai ales a speciei umane. Se estimează că la fiecare milion de ani aproximativ 0,4% din molecula de ADN se modifică fie prin pierderea anumitor elemente, fie, dimpotrivă, prin adăugarea unor elemente străine, fie prin schimbarea ordinii în care elementele sînt dispuse. Procentajul variațiilor în raport cu o stare cunoscută și datată poate deci servi de indicator al evoluției. Astfel, datorită studiului comparat al cromozomilor umani și ai maimuțelor mari, biologii au putut stabili că omul s-a despărțit de vărul său, cimpanzeul, acum abia cinci milioane de ani, iar nu acum opt milioane cum pretindeau paleontologii, pe baza analizelor de oseminte fosile. Cea mai bună probă a caracterului recent al acestei separări este că 98% din materialul genetic al cimpanzeului este identic cu al omului.

Se înțelege de la sine că o mumie în vîrstă doar de 2 430 ani nu este de o prea mare utilitate în studiul evoluției. Chiar dacă într-o bună zi se va ajunge la obținerea unei molecule complete de ADN din Egiptul antic, nu se va putea observa nici o diferență în comparație cu ADN-ul actual. În schimb, dacă savanții vor reuși să izoleze ADN-ul unui neandertalian, s-ar putea face comparații instructive.

Există un domeniu, totuși, în care mumiile bine conservate pot aduce informații utile: acela al migrațiilor omenestii de-a lungul istoriei. S-a stabilit că fiecare rasă umană posedă în singele ei un anumit număr de mărci, altfel spus, de proteine specifice, cum sînt factorul Rhesus, factorul MN, factorul P, factorul S, factorul Lewis etc. Statistic, numărul mărcilor este mai ridicat la anumite rase față de altele. Astfel, așa cum s-a putut determina grupa sanguină la mumiile din China, s-ar putea regăsi aceleași mărci în mumiile bine conservate de pe alt meridian și, prin studiu comparat, să se reconstituie itinerariul marilor grupuri umane de-a lungul timpului și al spațiului.

Prof. Mariana ZĂRNESCU

DE LA MELOTERAPIE LA TEORIA SUPERSTRINGURILOR

Din cele mai vechi timpuri, omul a cîntat și a dansat.

A cîntat și a dansat, așa cum a ris sau a plîns, pentru ca așa a simțit nevoia, fără să se întrebe dacă dansul, cîntul, rîsul și plînsul folosesc la ceva. Omul primitiv, ca și omul zilelor noastre, a găsit în muzică și dans, în trăirea ritmurilor, mijlocul de a ajunge la acea stare aparte, fericită, pe care noi o numim extază. Starea de trepidăție, de covibrație, de cooscilație individuală, în deplină armonie cu vibrațiile și ritmurile naturale, ale plantelor și ale întregului cosmos, cu alte cuvinte participarea noastră la modul de existență al întregului univers ar explica, de asemenea, puterea de fascinație a dansului. Grație acestei puteri miraculoase, dansul poate influența omul în bine sau în rău, și aceasta posibilitate de a acționa asupra echilibrului, comportamentului omului sănătos, ar trebui să reprezinte un instrument de cea mai mare însemnatate în mina educatorilor și medicilor atunci cînd aceștia acționează în vederea modelării personalității și păstrării sănătății.

Puterea de fascinație a dansului este un lucru cit se poate de real și această afirmație este susținută de datele istorice. În secolul I. î.e.n. în cetatea Milet, la aflarea vestilor despre pericolul unei cumplite epidemii de pestă neagră, tinerele fete au fost cuprinse de furia unui dans extatic care dura de obicei pînă la epuizarea completă sau sinucidere. Manifestări asemănătoare, care îmbrăcau deseori aspectul unor dansuri macabre, au avut loc și în Evul Mediu. Dar și în zilele noastre, în perioadele de criza de la începutul secolului, Statele Unite ale Americii au cunoscut, de asemenea, adevărate „epidemii” de dans. Cel mai apropiat și poate cel mai elocvent exemplu îl constituie devastarea sălii „Olympia” din Paris, într-o seară din toamna anului 1955, cînd „fanii” s-au dezlănțuit cu ocazia unui concert de muzică de jazz.

Pitagora și-a inchipuit, dealtfel, întregul univers clădit pe principiul unei depline „armonii a sferelor”. Naiva filozofie antică, vom găndi poate. Cît de departe este ea de adevărurile atît de clar exprimate de știința secolului XX! Dar iată că nici nu s-a încheiat secolul și în plina revoluție tehnico-științifică, în plin progres alimentat de o fantastică explozie informațională, apare o teorie, rod al celei mai pure gîndiri matematice, care revoluționează pur și simplu din temelii fizica modernă și, odată cu ea, concepțiile noastre despre structura materiei și originea universului: teoria superstringurilor. Această consideră că vibrația stringurilor — corzi vibratorii cosmice de dimensiuni infinitesimale aparute imediat după big-bang — determină diferite moduri de manifestare ale materiei, iar ele, unite în superstringuri ce creează bucle cosmice, constituie, în totalitatea lor, Universul. Mai exact, trebuie spus că teoria stringurilor a apărut în deceniul al VII-lea prin lucrările fizicienilor Gabrielle Veneziano, Yoichiro Nambu, T. Goto, Holger Nielsson și Leonard Susskind, facînd parte dintr-o teorie a anilor '60 înti-

tulată „modelul rezonanței duale”. În 1971 Pierre Ramon, apoi John Schwartz și André Neveu au elaborat noi teorii string. Modelul Schwartz-Neveu conține, față de cel simplu, un spectru de particule mai real. În ciuda faptului că în fața unei teorii mai concrete, numită „cromodinamica cuantică”, teoria stringurilor a fost abandonată de majoritatea cercetătorilor fizicieni din domeniul particulelor elementare, un grup extrem de restrîns de cercetători a perseverat pe această cale. „A fost elaborată o nouă versiune de teorie string, care se presupune că ar fi în stare să descrie toate forțele fundamentale, inclusiv gravitația, toate particulele cunoscute și toate cele care urmează să fie descoperite”.

În 1980, John Schwartz și Michael Green au început să elaboreze o nouă versiune string, cu supersimetrie spațio-temporală, numită „teoria superstring”. În august 1984, J. Schwartz și M. Green au arătat că se poate formula o teorie chirală în 10 dimensiuni: teoria superstringurilor este asociată concepției spațiului în 10 dimensiuni.

În afara precizărilor legate de această teorie, este interesant de subliniat și alte date din domeniul cercetărilor astronomice. Spre exemplu, astronomul român Irina Predeanu a comunicat rezultatele unor cercetări personale care pun în evidență tulburătoare corespondențe între frecvențele diferitelor oscilații cosmice și frecvențele universului sonor, atît de familiar nouă. Cu alte cuvinte, acest concept așează starea de vibrație la baza Universului, care privit astfel nu ar fi altceva decît un uriaș concert, o fantastică muzică bazată pe armonia vibrațiilor corzilor cosmice.

Concepția antică despre muzică, privită pînă



acum doar ca o modalitate de expresie artistică, va trebui astfel să fie reconsiderată. Va trebui poate să privim de acum înainte muzica, ca pe un mod particular de manifestare a materiei universal vibratorii structurată, fundament și expresie a ei în același timp.

Un asemenea concept ar fi, cu siguranță, în măsură să ne ofere o altă perspectivă, mult mai clară, asupra modului în care muzica și dansul pot acționa asupra celor mai intime resorturi ale organismului și psihicului uman, ca dealtfel asupra întregii materii vii. S-au pus deja problema dacă anumite maladii specifice secolului nostru nu și-ar găsi explicația în schimbarea artificială, forțată, a ritmurilor biologice. Or, trăirea ritmurilor, covibrația și armonia extatică prilejuită uneori de ascultarea unor melodii deosebit de placute sau de virtețul unui dans amănunțit nu pot avea asupra organismului și psihicului uman decît efecte dintre cele mai bune.

Cu ajutorul mijloacelor tehnice moderne de in-

vestigație, de care dispune astăzi știința, savanții se pot încumeta să încerce a răspunde la întrebări dificile ca acestea: Cum este percepută muzica? Care sînt mecanismele intime ale acestei percepții? Care sînt bazele fiziologice, natura modificărilor biochimice la nivel molecular ce stau la baza reacțiilor pe care muzica le declanșează în domeniul afectiv și, în general, în universul psihicului uman?

S-au obținut rezultate interesante, promițătoare, dar sîntem încă, în această privință, la început de drum. S-au realizat investigații complexe ale creierului, utilizîndu-se, printre altele, și metoda tomografiei cu emisie de pozitroni. Rezultatele cercetărilor au demonstrat faptul că prelucrarea informației la o parte din subiecți are loc în emisfera dreaptă, în timp ce la cunosătorii în domeniul muzicii se semnalează o activitate cerebrală mai intensă în emisfera stîngă, care analizează,



decodifică informația și, printr-un proces de o deosebită finețe funcțională, pune în lumină aspecte de mare subtilitate ale limbajului muzical. Spunem muzical și nu sonor, deoarece, după cum se știe, muzica presupune nu numai sunet, ci, deopotrivă, melodie, armonie și ritm. În procesul atît de complex de percepție al muzicii, în afară de lobul frontal al creierului, un rol important îl deține și substanța reticulată. Cercetările continuă și cu siguranță că în viitorul apropiat bagajul cunoștințelor noastre în acest domeniu se va îmbogăți în mod substanțial.

Dar cum am putea să ne explicăm acum, doar pe baza cunoștințelor pe care le deținem în momentul de față, modul în care muzica influențează organismul și psihicul uman? Să încercăm să formulăm un răspuns la această întrebare. Este ușor de înțeles faptul că, în general, starea de sănătate fizică și mintală a omului influențează în mare comportamentul său în familie, la locul de muncă

și pe stradă, că ea determină, cu alte cuvinte, gradul de integrare al individului în societate. Oricare cauză de disconfort biologic, ca, dealtfel, oricare agent stresant din mediul înconjurător pot constitui, la un moment dat, factori perturbanți ai unui echilibru psiho-somatic mai fragil, cu posibile consecințe comportamentale. Ei bine, tocmai într-o astfel de situație de echilibru intim, cu caracter temporar, situație în care organismul posedă încă mari posibilități de compensare fiziologică, muzica intervine în mod fericit, realizînd, grație unui mecanism de feed-back, o grăbire a procesului de reechilibrare a personalității. În acest caz, putem vorbi de un adevărat caracter profilactic al muzicii, cu rol în păstrarea și cultivarea stării de sănătate a omului, admițînd faptul că starea de sănătate nu înseamnă numai lipsa bolii. Privită astfel, muzica va constitui, cu siguranță, unul dintre cele mai prețioase remedii în practica medicinei omului sănătos. În ceea ce privește utilizarea muzicii în scop curativ, deci ca procedeu terapeutic în tratamentul unor boli, în special psihice, se poate afirma că s-au obținut, atît la noi cît și în clinicile din străinătate, rezultate ce pot fi considerate cel puțin drept încurajatoare. Bolnavi schizofrenici, izolați complet de semenii prin caracterul gravei lor suferințe, au găsit punți de comunicare cu cei din jur după ce au participat la audiții muzicale cu piese de Bach, Mozart, Schubert, Rahmaninov. S-a observat, în general, ameliorarea stării bolnavilor după o psihoterapie bine condusă cu ajutorul muzicii. Aceasta presupune însă alegerea unor bucăți potrivite limbajului muzical al pacienților, ținînd evident seama atît de nivelul lor de pregătire cît și de preferințe. Muzica poate fi numai ascultată sau poate fi și interpretată de către pacient. Față de tendința alcătuirii unei adevărate „farmacopei” pe baza diferitelor rețete muzicale specialiștii au încă rezerve, chiar dacă, în mare, ei sînt de acord cu anumite principii, cu anumite scheme de tratament. Cît privește rezultatele urmărite, trebuie să precizăm faptul că dacă strategia tratamentului aplicat nu poate fi decît una singură, și anume reechilibrarea și recuperarea bolnavului, tactica ce trebuie aplicată în vederea atingerii acestui scop diferă de la caz la caz, de la o clinică la alta. Într-adevăr, în unele clinici în care bolnavii sînt grupați pe afecțiuni, celor cu stări depresive li se oferă uneori încă de la început să asculte bucăți muzicale în tonuri minore, potrivite cu starea lor. Alteori, dimpotrivă, li se oferă la început piese muzicale menite să-i mobilizeze, să-i scoată din această stare și numai după aceea se trece la ascultarea unor bucăți muzicale în deplină concordanță cu dispoziția bolnavului. Oricum, faptul că în momentul de față medici psihiatri, psihologi, sociologi și nu în ultimul rînd muzicologi din toată lumea se ocupă intens de clarificarea unor aspecte practice și de fundamentarea altora de ordin teoretic în acest domeniu reprezintă o bază reală în edificarea speranței că muzicoterapia își va apropia, cît mai repede posibil, cele mai eficiente procedee de tratament ale unui număr cît mai mare de boli și că ea va ocupa, în modul cel mai temeinic justificat de rezultatele cercetărilor clinice și experimentale, un loc de frunte în arsenalul mijloacelor curativo-profilactice ale medicinei moderne.

Alături de muzicoterapie, am putea vorbi de posibilitatea aplicării în scop profilactic și curativ a terapiei prin dans. De altfel, în unele clinici de psihiatrie se și organizează seri de dans. Terapia prin dans pe care o propunem (dacă atît concepul cît și termenul vor fi acceptate în mod unanim

și își vor găsi consacrarea în rîndul medicilor) urmărește reechilibrarea organismului, a personalității, atît prin efectul recunoscut al mișcării ca sport în sine, cît și prin rolul specific pe care ritmul îl are în crearea unei bunăstări fizice și psihice. Și să nu uităm că efectele dansului vin să completeze și să potențeze în modul cel mai armonios cu putință pe cele ale muzicii. Dacă, așa cum sînt de părere unii autori, muzicoterapia reprezintă o terapie informațională aparte în cadrul socioterapiei, o variantă de psihoterapie integratoare în universul specific uman prin intermediul comunicării și activității de grup, atunci putem desigur considera că și dansul face parte din aceeași categorie, cel puțin prin efortul de realizare a comunicării prin limbaj artistic, în scopul restrukturării personalității.

De altfel, în mod empiric muzica și dansul au fost folosite de mii de ani în întreaga lume în scop terapeutic. Astfel, efectul înepăturii veninoase a tarantulei (specie de păianjen existent în Italia, sudul Franței și Spania, a cărui mușcătură este veninoasă) era anihilat prin dans neîntrerupt, în ritmul vivace al unei melodii care, datorită denumirii păianjenului, s-a numit „tarantella”. Practica era cunoscută și înaintașilor noștri. Astfel, pînă nu demult la căpătiul bolnavilor grav se executa străvechiul dans al călușului, considerat drept „dans al vieții și al morții”, în speranța că acesta își va exercita asupra suferindului calitățile vindecătoare împrumutate de la astrul zilei. La antipozi, dansurile sfinte ale apacilor urmăreau redarea sănătății bolnavilor, iar la triburile africane, în ritmul obsedant al tobelor, acompaniate de harpe, vrăcii faceau „pase” magice asupra bolnavilor în scopul vindecării.



Iată numai cîteva exemple de practici empirice în cadrul cărora utilizarea dansului în mod „activ” sau „pasiv” se întemeiază pe credința dintotdeauna a oamenilor în virtuțile vindecatoare ale acestuia. Și ele exista cu adevărat. Atît cele curative cît și cele profilactice. Rămîne doar ca acest lucru să fie luat în considerare și să fie valorificat într-un mod corespunzător. Un prim pas pe calea împlinirii acestui deziderat îl reprezintă practicarea curentă, la scară internațională, a gimnasticii ritmice sau „aerobice”, cum i se mai spune. Și trebuie să recunoaștem că între acest gen de gimnastică ritmică executată pe fond muzical și dans nu există o diferență de fond, ci de nuanță.

Dr. Aurelian CONDURACHE



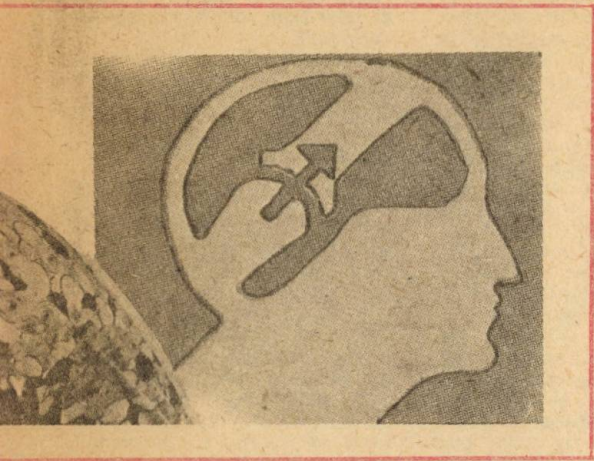
Multă vreme glanda hipofiză a fost în centrul preocupărilor medicale. Se dovedise doar că întreg sistemul endocrin, cuprinzînd tiroida, paratiroidalele, suprarenalele și glandele genitale (ovarele și testiculele), îi erau subordonate. Unii oameni de știință înțelegteau totuși posibilitatea ca, în afara glandei hipofize, anumite zone din creier să participe în mod activ la desfășurarea activității glandelor endocrine. Existau de altfel exemple grăitoare care sugerau influența directă a creierului asupra reproducerii. Era neîndoielnic că stresul psihic puternic, ca și stările nevrotice, producea frecvent întreruperea menstruelor și a ovulației la fete și femei sau scăderea fertilității și a potenței sexuale la bărbați. Ipoteza era captivantă, dar trebuia verificată și argumentată științific. Meritul pentru realizarea acestui deziderat a revenit echipei de cercetători americani în frunte cu Schally, care, în 1971, a reușit să izoleze și să purifice un hormon cu calități speciale secretat de către celulele nervoase din hipotalamusul de mamifere. Pentru proprietățile sale de stimulare a secreției hipofizare de hormoni gonadotropi, hormonul hipotalamic a fost denumit hormon de eliberare a gonadotropilor (prescurtat, GnRH sau LHRR).

Contrar așteptărilor, s-a constatat că neurohormonul are o structură extrem de simplă, fiind format dintr-un șir de 10 acizi aminați, ceea ce a și permis sintetizarea sa în laborator, realizare pentru care același grup de cercetători a primit în 1977 Premiul Nobel pentru fiziologie și medicină. A fost, desigur, o descoperire epocală, care a deschis o eră nouă în neuroendocrinologie, oferind totodată largi perspective terapeutice. Izolarea hormonului hipotalamic nu a fost însă ușoară. Pentru obținerea sa a fost nevoie de ani de muncă perseverentă, de renunțări și de străduințe, eforturi care s-au încheiat însă cu rezultate fructuoase.

Spre deosebire de hormonii glandelor endocrine, hormonul hipotalamic este produs în cantități extrem de mici. S-au depus eforturi uriașe în vederea obținerii unor cantități minime de substanță activă. Din 240 000 de hipotalamusuri de porcine, cîntărind

TEA ȘI REPRODUCEREA

6 kg, s-au obținut abia 11 mg de neurohormon natural. Decapeptidul are avantajul de a fi activ în cantități infimezimale. La animalul de experiență, de pildă, injectarea citorva nanograme (miimi de micrograme) de substanță hormonală a fost suficientă



pentru a declanșa secreția hipofizară.

După descoperirea hormonului hipotalamic a urmat o adevărată „goană” științifică pentru găsirea unor derivați sintetici. Prin substituirea acizilor aminați din structura neurohormonului cu alți acizi s-au obținut pînă în prezent mii de variații de GnRH sintetici. Menționăm că în decursul anilor s-a reușit de către alți cercetători izolarea altor neurohormoni hipotalamici, cu structură și proprietăți diferite de ale GnRH, corespunzînd altor glande endocrine decît celor genitale.

În prezent modul de acțiune al GnRH este dovedit. Sub influența sa, hipofiza descarcă hormonii gonadotropi care, la rîndul lor, provoacă ovulația și formarea spermatozoizilor, determinînd apariția pubertății, a caracterelor sexuale și a vieții sexuale active. Neurohormonul modelează la femeie secreția de hormoni estrogeni, ciclul menstrual și sarcina, contribuind, de asemenea, la instalarea menopauzei. Datele recente au dovedit că menopauza nu se datorește, așa cum se credea, pierderii ovulelor, ci este inițiată de alterările ce au loc cu vîrsta a secreției de GnRH. Nu numai menopauza dar și inițierea pubertății este rezultatul modificărilor din creier. Înainte de pubertate neuronii hipotalamici nu sînt activi, deși au acest potențial. Însă din cauza lipsei conexiunilor nervoase și, deci, a semnalelor nervoase necesare stimulării lor, aceștia sînt în stare de repaus. Așadar, atît menopauza cît și pubertatea încep cu modificări în creier și nu în glandele genitale. S-au mai aflat și alte date interesante, și anume, că reproducerea este strîns legată de activitatea genei GnRh, iar în lipsa acestei gene reproducerea nu mai este posibilă. S-a relatat, de asemenea, că acuplarea la mamifere este determinată de un anume segment al neurohormonului și că creierul conține enzime capabile să desfacă decapeptidul în fragmentele necesare organismului.

Studii clinice au analizat influența factorilor fizici asupra sistemului neuroendocrin și au aflat că alergarea, cea mai populară formă de exercițiu fizic, cu

efecte binefăcătoare asupra mușchilor și vaselor, alterează în mod vizibil integritatea sistemului neuroendocrin, scăzînd frecvența pulsațiilor neurohormonului și a secreției hormonilor gonadotropi, dar și valoarea testosteronului. Se pare că producția de testosteron este suprimată numai după eforturi fizice extrem de epuizante.

Investigații de mare finețe au evidențiat fenomenul curios că neurohormonul este secretat de o manieră ritmică, pulsatilă, mimînd secreția ritmică a hipofizei. La om, la fiecare 90-120 minute se produce o descărcare bruscă a acestuia, care durează 15 minute. De aceea, pentru ca neurohormonul să fie eficient și să stimuleze ovarele sau testiculele, GnRH sintetic trebuie administrat, indiferent de cale (intravenoasă, subcutană, intranasală sau orală) în mod pulsatil, adică la intervale definite de timp. Nu mai puțin interesante sînt concluziile privitoare la efectul invers celui scontat al dozelor mari și prelungite de GnRH, care suprimă secreția gonadotropilor, blocînd activitatea ovarelor sau a testiculelor. Acțiunea antagonistă a dozelor mari de neurohormon sintetic nu a rămas nefolosită de către clinicieni, care au întrevăzut avantajele terapiei cu antagoniști ai GnRH.

Datorită acțiunii lor stimulatorii, antagoniștii GnRH sînt recomandați într-o serie de afecțiuni ca, de exemplu, în tratamentul sterilității feminine și masculine, în criptorhidie, în anumite forme de hipogonadism la ambele sexe. Antagoniștii GnRH sînt aplicați cu rezultate bune în afecțiuni în care este necesară suprimarea hormonilor sexuali. Administrarea analogilor sintetici cu acțiune prelungită și continuă la copiii cu pubertate precoce a schimbat complet prognosticul acestei boli. Sub influența neurohormonilor, dezvoltarea pubertății este întîrziată, menstrele și secreția de hormoni sexuali încetează, se încetinește ritmul de creștere și procesul accelerat al maturizării osoase. Efectul este reversibil, dîrînd doar pe perioada instituirii tratamentului. Terapia îndelungată (de cîteva luni) cu neurohormoni sintetici cu acțiune antagonistă este indicată în afecțiunile tumorale ale prostatei (hipertrofia benignă de prostată și cancerul de prostată hormonal dependent). Preparatul deprima semnificativ producția de testosteron, care stimulează creșterea glandei și apariția metastazelor. Efectul este temporar. În cancerul de prostată analogii sintetici nu reușesc să suprimă total producția de steroizi sexuali; ceea ce explică de ce este preferată intervenția chirurgicală. Ameliorări clinice după terapia cu analogi sintetici au fost relatate la femei cu endometrioze și la cele cu exces de pilozitate (hirsutism) datorit secreției excesive de hormoni androgeni, fenomen întîlnit adesea la femei cu ovare sclerochistice. Sub tratamentul neurohormonal creșterea părului se reduce simțitor.

Nu s-a spus încă ultimul cuvînt referitor la terapia cu analogi GnRH. Este posibil ca pe măsura perfecționării tehnicilor de laborator să se obțină pe cale sintetică preparate mai active și cu sferă mai largă de acțiune. Deocîndată terapia actuală are și unele dezavantaje (prețul ridicat al produselor sintetice și modul ritmic, adeseori nepractic al administrării prelungite a preparatului). S-a propus, de exemplu, ca bolnavul să poarte permanent o pompă de infuzii. În fine, administrarea dozelor mari și prelungite, timp de mai multe luni, crește la femeie riscul osteoporozei iar la bărbat antrenează tulburări de libidou, potență și fertilitate. De aceea, în cursul administrării preparatelor trebuie să se țină seama de efectele lor secundare.

Doctor în medicină
Madeleine MĂICĂNESCU-GEORGESCU

MICĂ ISTORIE



A PATULUI DE SPITAL

Patul de spital, ca și spitalul, a cunoscut o evoluție continuă de la apariția sa și pînă în epoca noastră.

Una dintre cele mai vechi reprezentări ale unui pat de spital figurează în lucrarea canonicului Johan Henry din secolul al XV-lea — „Cartea vieții active de la Hotel-Dieu din Paris”. O pictură independentă de text prezintă un salon al spitalului cu patru paturi, în trei dintre ele fiind culcați bolnavi, iar în al patrulea un muribund, vădit izolat de ceilalți. În epoca respectivă patul de spital era un simplu cadru de lemn sprijinit pe patru picioare; așternutul se compunea dintr-o saltea umplută cu frunze de secară, așezată pe niște sfori întinse în interiorul unui cadru de lemn. În marile săli de spital, bolnavii stăteau în pat fără veșminte, între două perdele de in, chiar și în timpul iernii, protejați doar de o cuvertură de postav gri, la care uneori se adăuga și o blană. Capul se sprijinea pe o pernă de fulgi și pe o traversă, amîndouă îmbrăcate în pinză. Lungimea patului era de 1,95 m, cu o lărgime variabilă: paturile mici, de o persoană, aveau o lățime de 0,96 m, iar paturile mari 1,40 m; acestea erau pentru mai mulți bolnavi, uneori doi la cap și doi la picioare. Hotel-Dieu din Paris putea să primească maximum 870 de bolnavi, dar posibilitățile erau uneori depășite, mai ales în împrejurări speciale, ca perioade de foamete sau epidemii de ciumă.

Din secolul al XVI-lea se folosesc paturile cu coloane ce susțin un polog din pinză

groasă, despărțite prin draperii. În acestea erau internate în special femeile și bolnavii gravi. Destinate a fi mai discrete față de ceilalți bolnavi sau vizitatori, ele păstrau mai multă căldură iarna, dar aveau o aerisire mai deficitară.

În secolul al XVII-lea paturile de fier au înlocuit pe cele din lemn. Acestea erau mai convenabile, mai igienice, mai ușor de curățat și mai puțin impregnate cu mirosuri neplăcute preluate de la bolnavii precedenți.

De la mijlocul secolului al XVIII-lea se urmărește ca fiecare pacient să aibă pat individual, să existe un cubaj de aer de 20 metri cubi pentru fiecare pat (spre deosebire de 4 metri cubi prevăzuți anterior), să se creeze latrine care să înlăture mirosurile persistente și dificil de suportat din vechile spitale. Aceste măsuri, împreună cu îmbunătățirea condițiilor de examinare și tratament, au scăzut mortalitatea. La aceste îmbunătățiri au contribuit și intervențiile publice ale unor oameni de vază ale acelor vremuri. Astfel, în 1768, Voltaire scria: „În spitalul din Paris domnește o contagiune permanentă, unde bolnavii înghesuți unul în altul își transmit unul altuia ciuma și moartea”. Tenon scria: „În paturile de paie rezervate fiecare pentru 4—5 bolnavi grav, într-un salon umed, cu miros greu suportabil, cu șoareci și paraziți, este dificil de obținut rezultate medicale bune”. Cuvier menționa: „Suferințele acestor nefericiți din infernul unde sînt spitalizați, îngrămădiți, fără aer și alimentație corespunzătoare, între care unul sau doi morți stau ore întregi pînă sînt evacuați, fac dificilă însănătoșirea lor”.

Spre sfîrșitul secolului al

XVIII-lea și începutul celui de-al XIX-lea, fiecare bolnav spitalizat începe să aibă pat individual de fier, cu condiții igienice. Începe să se țină cont de vîrsta și sexul bolnavilor, căutîndu-se izolarea în saloane diferite a copiilor, femeilor și bărbaților și a-i plasa în saloane speciale după localizarea și felul bolii, după următoarele „principii”:

- Tulburările circulatorii, cu hemoragii și sincope, necesită o poziție orizontală în pat, favorizată de o saltea de pîr de cal, care este mai rigidă decît celelalte.

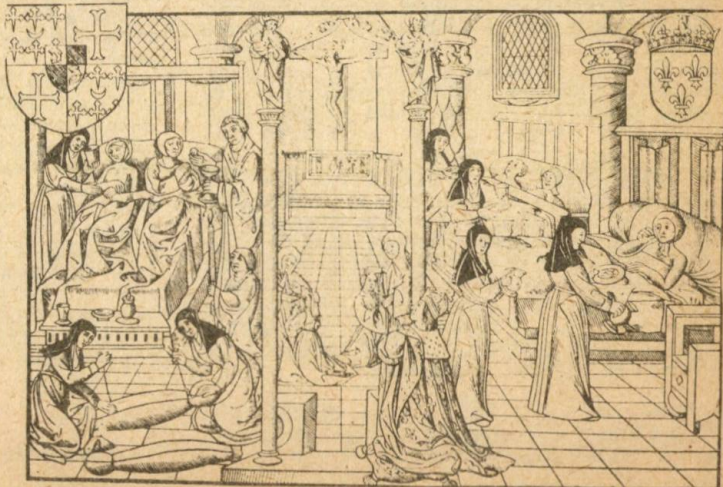
- Tulburările respiratorii și bolile cardiace necesită, din contră, poziția ridicată a bolnavului în pat și chiar puțin aplecată înainte, pentru a sta mai mult așezat și nu culcat.

- Bolile nervoase (nevroze, manii, hidrofbii, meningite și bolile oculare inflamatorii) obligă la izolarea patului de parte de lumină, înconjurat de perdele a căror culoare și material să varieze cu anotimpul: vara și primăvara — perdele albe, toamna — lînă roșie, iarna — lînă verde.

- Bolile cronice (rahitismul, scrofuloza, dermatozele etc.) necesită precauții pentru purificarea aerului și se recomandă impregnarea perdelelor cu substanțe medicamentoase sau cu plante aromatice.

- Bolile genitale, frigiditatea, impotența etc. se recomandă a fi tratate pe un pat special, inventat de englezul Graham, la care un curent electric traversează salteaua, urmărind revitalizarea organelor genitale bolnave.

- Bolile chirurgicale, care presupun o ședere mai prelungită în pat, pentru a evita apariția de escare, necesită plasarea



unor piei de animale sau perne ce se pot umple cu aer sub bolnav.

● În fracturile membrelor inferioare sau ale coloanei vertebrale, în paralizii, se impune plasarea unor scinduri sub saltea, care permite obținerea unui plan orizontal și rezistent sub membrul bolnav.

La începutul secolului al XX-lea apare patul mecanic, ingenios conceput de Daujon, care putea fi manevrat cu ajutorul unor scripete, curele și sfori fără a deranja bolnavul și putându-i-se da diferite poziții necesitate de nivelul afecțiunii bolnavului; avea prevăzute posibilități de a putea evacua urina și materiile fecale ale bolnavului fără a-l deplasa.

Pentru nașteri se folosea patul după modelul Baudelocque, care se putea modifica pentru a crea o poziție mai favorabilă la ieșirea copilului. Există o preocupare permanentă pentru mamă și copil, prin schimbarea frecventă a așternutului și a lenjeriei.

Secolul al XX-lea a dus la perfecționarea patului de spital prin multiple modificări, printre altele adăugându-i-se roțile, pentru o mai ușoară deplasare. S-a renunțat la saltele de lână, utilizându-se materiale mai ușor de mînuit, spălat, dezinfectat, mai puțin contagioase și mai ieftine.

În zilele noastre patul de spital este confecționat pe baza unor norme igienice privind dimensiunile sale, care să permită o ușoară manevrare în saloane sau la sala de operație; s-a renunțat la perdele, dificil de întreținut și diminuînd aerisirea necesară. În prezent se caută, în special pentru bolnavii operați, vîrstnici, cu boli cronice ce solicită o internare prelungită, să se adauge patului un fotoliu spitalicesc. Pentru bolnavii cu imobilizare pe termen mai lung (boli cardiace, traumatisme grave, fracturi de coloană vertebrală etc.) s-au amenajat paturi cu somiere, care pot fi articulate mecanic sau electric, permițînd o comodă și nedureroasă schimbare a poziției (a bustului, membrelor inferioare, capului); pentru evitarea escarelor se folosesc saltele ce se pot umfla cu aer sau apă, deci avînd o circulație internă. Astăzi s-au creat paturi spitalicești cu profiluri diferite, după necesitățile și profilul fiecărei specialități medicale.

Dr. Aurel ROSIN

MEZO TERAPIA

În ultimii ani se vorbește și de mezoterapie, o tehnică inventată de medicul francez Pistor în anul 1952, care pentru unii ar face parte din arsenalul medicinei paralele. În 1988 a avut loc la Paris primul Congres internațional de mezoterapie, reunind peste 500 de participanți. În prezent, în Franța, unde terapia este practică de 12 000 de medici și se aplică zilnic circa 60 000 de tratamente, ea a fost aprobată de Academia de științe și, pentru aceasta, inclusă în medicina clasică.

În ce constă? În a injecta cît mai aproape de leziune unele medicamente clasice, tradiționale (noutatea metodei nu constă într-un anume medicament, ci în locul de administrare), în doze mici, cu ajutorul unui ac special, de dimensiuni mici.

De fapt, dacă ne gîndim că și în medicina clasică există procedee de injectare „loco dolenti”, adică la locul durerii, tehnica infiltrațiilor cu anestezice sau antiinflamatoare, noutatea metodei este discutabilă. Totuși, dacă la principiul amintit al administrării cît mai aproape de sediul leziunii adăugăm gama de indicații, tipurile de medicamente ce pot fi administrate, tehnica administrării, dozele, durata etc. se poate vorbi de o tehnică nouă și, după cum susțin cei ce o aplică, eficace într-o serie de boli după cum vom vedea. Metoda se aplică în scopul îndepărtării sau ameliorării fără riscuri a unei dureri, cum este, de pildă, cea din artroze, în scopul de a răi sau a face

să dispară crizele dureroase din unele migrene sau de a vindeca unele afecțiuni cum sînt tendinitele și elongațiile.

În ce domeniu al medicinei și-a probat eficacitatea? În reumatologie, în special în artroze, în gonartroze, artroza tibiotarsiană și a degetelor; în traumatologie (în tendinite, entorse, elongații) și îndeosebi în traumatologia sportivă, care constituie de fapt 40 la sută din indicațiile metodei, în insuficiențele venoase (gambe grele, umflate), în unele migrene iar în scop preventiv în angine.

Cum se aplică mezoterapia? În artroza genunchiului, de pildă, se administrează antiinflamatoare necortizonice, vasodilatatoare în doze slabe și diluate în procaină. Aplicațiile se fac din zece în zece zile, fiind suficiente trei ședințe; în tendinita achiliană se administrează 3 ședințe de injecții la 8 zile interval cu autorizarea unei continuări moderate a sportului. Alături de antiinflamatoarele necortizonice, de vasodilatatoare, se administrează și decontracturante și antiedematoase, dar niciodată produse pe bază de cortizon.

Autorii metodei subliniază avantajul administrării de doze slabe în trei ședințe la interval de 10 zile, în loc de a lua zilnic antiinflamatorii pe cale bucală, precum și avantajul de a nu avea contraindicații și efecte secundare.

Dr. Constantin BOGDAN

GELOLOGIA

Cu patru secole în urmă, chirurgul Ambroise Parré observase că rănila la soldații armateilor victorioase se vindecau mai repede decât ale celor din armatele învinse, ceea ce înseamnă că lezarea optimismului grevează prognosticul bolilor.

Studii de fiziologie au demonstrat că risul înviorează respirația, activează circulația sanguină, crește capacitatea de muncă fizică și intelectuală. Risul ameliorează activitatea glandelor endocrine, poate produce modificări umorale, biochimice favorabile, relaxează sistemul muscular, sporește apetitul și îmbunătățește activitatea digestivă. Cercetări recente au arătat că în timpul risului se descarcă în organism niște substanțe numite endorfine (peptide opioide cerebrale) cu acțiune morfinomimetică, ceea ce explică starea de euforie. Cercetări efectuate asupra vîrstnicilor au acreditat ideea că umorul constituie un factor de promovare a longevității, confirmînd afirmația glumeață a lui G.B. Shaw: „Vreți să trăiți mult? Muriți de ris!”

Zîmbetul și risul reprezintă adevărate terapii neconvenționale capabile să optimizeze viața oamenilor și relațiile interpersonale. De asemenea, li se atribuie un rol important în comunicarea interumană nonverbală sau extralingvistică, facilitînd relația medic - pacient și umanizînd-o, jucînd, de asemenea, un rol important în psihoprofilaxie și psihoterapie. Buna dispoziție, optimismul constituie nu numai reflexul unei stări de sănătate corespunzătoare, dar și o cale de a redobîndi o sănătate fizică pierdută sau, cel puțin, pentru a menține sufletul sănătos, în pofida unor suferințe somatice dezagreabile. Atît studiile științifice cit și observațiile empirice converg către acreditarea valorii sanogenetice a risului, motiv pentru care considerăm că gelotologia poate fi inclusă în domeniul de preocupări al medicinei omului sănătos, domeniu vast, interdisciplinar, din ce în ce mai bine conturat în ultimele decenii.

La cele de mai sus trebuie să adăugăm importanța utilizării umorului în cadrul educației pentru sănătate a populației, prin satirizarea unor obiceiuri dăunătoare sănătății. Caricatura reprezintă o metodă educativ-sanitară eficientă în acest sens. De asemenea, rubricile de umor (glume, epigrame) nu au lipsit niciodată din revistele medicale sau din almanahurile revistelor de sănătate.

Semnificativă, în acest sens, este apariția antologiei „Hipo-crate se amuză” (1980), sub redacția dr. George M. Gheorghe, care conduce de altfel cenaclul cu același nume. Prefața volumului este semnată de acad. Șerban Cioculescu, care se referă cu această ocazie la „virtutea tonifiantă” a risului. Această antologie umoristică educativ-sanitară cuprinde 114 autori, dintre care 17 medici, în frunte cu Aurel Baranga, Dan Tărcihă, Alecu Popovici și Nicolae Neagu, membri ai Uniunii Scriitorilor.

În Franța apare încă din 1948 o revistă umoristică medicală, intitulată „Ridendo”, care se adresează numai medicilor, nu populației. De asemenea, în lumea medicală se discută necesitatea organizării unor dezbateri științifice consacrate rolului zîmbetului în spitale și policlinici. Un zîmbet sincer poate pregăti terenul și poate însoți vorba bună pe care medicul trebuie să o adreseze întotdeauna pacienților, dovedind astfel virtuțile etice, axiologice ale acestuia.

Un studiu recent arată că 48 la sută dintre oameni nu știu să zîmbească sau zîmbesc neadecvat, în sensul că zîmbetul lor nu corespunde intențiilor. Aceștia, vrînd să devină binevoitori pot deveni ironici sau, vrînd să-și exprime admirația, zîmbetul lor poate apare disprețuitor. De aici, expresia: „Uită-te cum zîmbești, ca să știi cine ești!”, înțelegînd prin aceasta: „Priveste-te în oglindă cînd zîmbești, ca să vezi tu însuși unde greșești și să te poți corecta!” (Eugenia Grosu).

În cartea intitulată „Să ridem cu medicii”, dr. Florea Marin readeuce în actualitate problema umorului, a risului, implicațiile ei pe diferite planuri, constituind încă o dovadă a interesului științific în creștere față de fenomenul umorului. „S-a scris despre ris - arată autorul - că ar avea mai multe semnificații: că ar fi un mijloc de comunicare, dar și o reacție involuntară a simțămîntelor plăcute; o expresie de triumf, dar și un mecanism de apărare, că el ar reprezenta o sancțiune socială și corectivă”.

Înțelepciunea anticilor afirma: „Un zîmbet nu costă nimic, dar oferă mult. El îi îmbogățește pe cei care-l primesc, fără a-i face mai săraci pe cei care-l dăruiesc”. Zîmbetul (ca și risul) nu este prin urmare un lux, un gest

artificial, mecanic, ci constituie o modalitate de a stabili relații cordiale, agreabile cu cei din jur, dar și cu noi înșine. Zîmbetul deschide inimile, îi face pe oameni mai buni, mai înțelegători.

Umorul se numără printre mecanismele psihicului omului sănătos, avînd acțiune sanogenetică și antipatogenă. Mari personalități ale științei și culturii au sesizat de mult relația dintre ris și sănătatea omului. Astfel, „buna dispoziție este cel mai bun leac”, spunea Pindar, iar Ambroise Parré susținea că oamenii care rid se vindecă întotdeauna mai repede. După Tudor Arghezi „risul este un medicament pe care-l poți scoate direct din viață, fără rețetă medicală”, iar după Novalis el constituie „cura ipohondriei”; pentru Alain, „bucuria înviorează trupul înăuntrul său mai bine decât medicul cel mai iscusit”. Pe plan axiologic, Victor Hugo consideră risul la fel de nobil ca și știința, Dante îl aprecia ca o lumină de fulger a bucuriei sufletești, frații Goncourt ca unitate de măsură a inteligenței, în timp ce pentru Mihail Rălea el era o atitudine în fața vieții și, pînă la un punct, o soluție filozofică.

Dacă multă vreme problema risului a fost analizată mai cu seamă de psihologi, în prezent aceste studii au căpătat o alură interdisciplinară. În acest sens, o lucrare a lui Mahadev L. Apte („Umor și ris în perspectivă antropologică”, 1985), dezbate problema risului și a surisului, relația specifică interumană pe care o facilitează posibilitatea de a glumi, de a ironiza, determinarea socială a trăsăturii proprii naturii umane de a nu lua chiar totul în serios. Autorul consideră că „umorul oferă cea mai bună dovadă a unității psihice a omenirii; nu există probabil indivizi sănătoși care să nu fi ris niciodată în situații cu aspect umoristic”. Umorul, consideră același autor, are cel puțin două funcții: de „ungere” a mecanismului interpersonal pentru ca interacțiunea dintre persoane sau grupuri să se desfășoare lin, mai puțin tranșant, și, invers, pentru a da expresie (atenuată totuși) ostilității și agresivității, ceea ce se impune, firesc, simțului comun devenit cu timpul obiectul unei cercetări prin metode științifice. A luat astfel ființă după opinia doctorului Florea Marin, gelotologia

(de la grecescul geloş = ris).

Cercetările întreprinse în domeniul psihologiei risului, încadrate în problematica stereotipurilor psihosociale, au făcut distincție între risul spontan și risul stereotip. Primul tip se referă la o reacție spontană, care apare în momentul sesizării unor elemente noi sau combinate într-o manieră imprevizibilă (de exemplu, când auzim pentru prima dată o anecdotă, o vorbă de spirit sau vedem un desen umoristic sau o caricatură inedită). Absența elementelor de inedit și de imprevizibilitate anulează manifestarea acestui tip de ris („repetiția ucide comicul”). Risul stereotip se deosebește de cel spontan prin aceea că grupul social de care aparține individul îi „împune” acestuia (în mod tacit, desigur), atunci când el este pus în

unele funcții „subiective”, de eliberare „autorizată” de către grup sau colectivitate de anumite tensiuni, constituind astfel un mijloc de terapeutică psihosocială.

Caracterul eminamente uman al risului reiese cu pregnanță din următoarele considerații ale criticului Șt. Oprea: „Oricât de inteligente vor deveni mașinile, oricât de capabili de isprăvi nemaiăuzite vor ajunge roboții, ele și ei nu vor învăța niciodată să râdă, omului îi va rămâne însă veșnic această calitate, puterea și priceperea, plăcerea și nevoia de a râde. Și, rîzînd, va merge înainte, căci pe măsură ce evoluăm și cîștigăm în rațiune, evoluăm în comedie, în umor, în nevoia de satiră și de ris; rațiunea și comedia (umorul) fac parte din aceeași dialectică a accelerării progresului”.



fața anumitor obiecte, situații sau idei, o reacție oarecum consacrată de către societate și a cărei formă de manifestare este risul. Această reacție este, de fapt, o formă de manifestare a conștiinței colective și, prin aceasta, exercită o funcție socială. În cazul acestui tip de ris, repetiția, departe de a-l anula, mai curînd îl întărește. Actorii, regizorii, scriitorii cunosc semnificația risului stereotip; ei știu că un anumit cuvînt sau o anumită aluzie face în mod constant publicul să râdă. Risul stereotip și, în general, stereotipurile comice țin de elemente care nu sînt legate de o anumită situație izolată, particulară, ci de una consacrată social, fiind capabilă a exercita anumite efecte sociale „curative”.

Stereotipurile comice, pe lîngă funcția lor „obiectivă”, de minimalizare, bagatelizare sau suprimare a reprezentărilor colective favorabile unei situații ș.a., au și

Nevoia de ris, de veselie constituie deci o trăsătură distinctivă a naturii umane, fiind, totodată, un important factor de sănogeneză, dar și de educație morală, civică. Deși se pare că și unele animale rid, numai la om risul exprimă o atitudine conștientă. De la buna dispoziție la veselie, de la zîmbet la risul în hohote se înscrie o largă gamă de manifestări ale comicului, care fac parte integrantă din comportamentul uman normal, exercitînd o acțiune benefică asupra sănătății bio-psiho-sociale a omului.

Revenind, în final, la înțelegerea anticilor, merită menționat acest sfat transmis din vechime, dar mereu actual: „Unii oameni sînt prea obosiți ca să vă dăruiască un zîmbet. Dăruți-le voi unul, pentru că nimeni nu are nevoie mai mare de un zîmbet decît acela care nu-l mai poate dăru”.

Conf. dr. René DUDA

TRATAMENTUL MIOPIEI

Keratotomy este tehnica operatorie pentru corectarea miopiei, la care chirurgul face mai multe corecții în corneea sub microscop, operație prin care se corectează curbura ei, permițînd astfel ca imaginea să fie preluată în mod corect de retina ochiului. Dezavantajul metodei constă însă în faptul că rănile se vindecă foarte încet, iar profunzimea și numărul de incizii nu pot fi determinate în mod corect. O îmbunătățire a tehnicii operatorii a fost realizată de oftalmologul Francis L'Esperance din New York, care folosește în locul bisturiului laserul în ultraviolett, la care sînt necesare mai puține incizii, permițînd o vindecare foarte rapidă. Metoda, denumită „Keratoplastie refractivă cu laser” poate fi făcută în mod ambulatoriu.

ISTORIA INTERFERONULUI

În anul 1957, Alick Isaacs și Jon Lindeman, au descoperit la Londra o substanță în mediul de cultură al celulelor infectate de un virus, substanță denumită Virus-Interferență (Interferon). Substanța, o proteină cu 140 pînă la 170 de componente de acizi aminici a devenit disponibilă prin descoperirea finlandezului Kari Cantell, care prin procedeul realizat a permis izolarea interferonului din sînge uman. Totuși, și acest procedeu era foarte costisitor, un gram din această substanță costînd mai multe milioane de dolari.

Abia lucrările de inginerie genetică ale lui Charles Weissmann din Elveția au permis producerea interferonului în cantități mari și la un preț accesibil. În același timp s-au stabilit mai multe feluri de interferon, rolul lor nefiînd numai de combatere a virusurilor și a tumorilor, ci și de formare a sistemului imunitar al organismului.

Abraham SCHÄCHNER

COCAINA

DE LA EUFORIE LA DISPERARE

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) semnală, nu de mult timp, apariția unei noi epidemii. Nu era vorba despre o boală infecțioasă necunoscută pînă acum, nici despre vreun nou virus periculos pentru sănătatea oamenilor. Semnalul de alarmă era în legătură cu creșterea producției și a consumului de cocaină, care au conferit abuzului folosirii acestui drog amploarea unei epidemii. După cum se relata într-un comunicat de presă al O.M.S., creșterea masivă a producției de frunze de coca, combinată cu noi moduri de utilizare ale cocainei, a provocat amintita „epidemie a folosirii abuzive a drogului”, însoțită de grave probleme sociale și de sănătate publică. Printre țările cele mai afectate sînt amintite S.U.A., Bolivia, Columbia, Ecuador, Peru, Austria, R.F.G., Olanda, Elveția.

Cocaina poate fi mestecată sub forma unui cocoloș de frunze de coca, la care se adaugă, adesea, var; prezentată ca pudră, este aspirată iar alcaloidul propriu-zis, injectat; în sfîrșit, cocaina-bază, ca și pasta de cocaină, este fumată cu o pipă cu apă, făcută în general din sticlă. Actualmente se găsește, de asemenea, sub formă de „crack”, mai ales în Statele Unite ale Americii.

Lucrurile s-au complicat și agravat deoarece cocaina sau pasta de coca sînt adesea utilizate în combinație cu alte droguri. Astfel, în America de Nord se asociază băuturile alcoolice sau heroina, dar și barbituricele ori alte sedative. În America Latină, din procedeele rudimentare de rafinare rezultată o pastă de coca ieftină, care este fumată împreună cu marijuana sau cu tutun. În Europa sînt răspindite, de asemenea, combinații de droguri în care predomină cocaina.

În afara potențării efectului prin asocierea cu alte droguri, este semnalat și pericolul supra-dozării, care nu de puține ori a avut ca urmare moartea victimelor.

Drogul acționează asupra neurotransmițătorilor cerebrali. Consumul de cocaină produce, potrivit specialiștilor, vasoconstricție intensă, însoțită de lipsa de oxigenare a țesuturilor, hemoragii cerebrale secundare, convulsii,



Prof. dr. Gabriel Nash susține, în volumul „Les guerres de la cocaine”, că acest drog este mai periculos decît heroina pentru că este mai insidios. „Cocaina — afirmă el — dă iluzia eficacității, poziție care este în concordanță cu obsesiile epocii noastre”. Dar se mai spune că, dacă nu provoacă între timp un infarct, cocainomanul ajunge la psihoza paranoică.

În ciuda faptului că acest drog, cocaina, nu este altceva decît un bilet de călătorie spre nebunie, în multe medii din țările occidentale continuă să se afirme că utilizarea ei este lipsită de riscuri, fiind inofensivă. De fapt, această părere s-a format în timp, deoarece cocaina, ca și tutunul la vremea lui, și-a început cariera ca medicament.

ANII DE AUR AI COCAINEI

„Am luat prima oară 0,05 g de cocaină... Cîteva minute mai tîrziu am trecut, deodată, la o stare de voioșie, de euforie și m-am simțit mai ușor”. Cînd a înregistrat aceste observații, Freud avea

28 de ani și îl putem considera primul consumator de cocaină din istoria modernă a acestui drog. Cînd Freud pregătea „un cîntec ce elogia această substanță fermecată”, o implora și pe viitoarea sa soție, Martha Bernays, să o încerce la rîndul ei.

Freud recomanda, de asemenea, și altor prieteni sau pacienți acest drog. Printre ei, Ernest von Fleichel-Marxow. Acesta suferise amputația unui deget infectat și devenise morfinoman, ca urmare a dozelor luate împotriva durerilor. Sub îngrijirea lui Freud, a reușit să scape de morfină, dar numai pentru a cădea pradă seducătoarei cocaine. Treptat, a început să aibă halucinații și măturile atestă că „vedea” șerpi albi încolăcindu-i-se pe trup. La moartea sa, în 1891, era un cocainoman în toată puterea cuvîntului. Una dintre primele victime ale cocainei.

Între timp, în 1884, medicul vienez Karl Koller, confrate și prieten cu Freud, descoperă că această substanță permite o chirurgie a ochiului fără durere. Știrile despre acest nou anestezic, ce

promitea posibilitatea unor mici intervenții chirurgicale cu anestezie externă, au trecut cu ușureală Atlanticul.

Către sfârșitul anilor 1880, lua naștere o nouă și binevăzută farmacologie bazată pe planta coca și pe derivatul ei, cocaina. „Medicamentul” miraculos era prescris aproape pentru orice boală, începând cu durerile de cap și terminând cu isteria. Folosirea pulberii a toate vindecătoare în tulburările sinusurilor și în durerile de cap, prin introducerea unor mici cantități de cocaină în nări, marca începutul prizării acestui drog. „Întreg orașul e înnebunit după cocaină” era titlul unui reportaj din *New York Herald* în anul 1896. Un farmacist din Connecticut se plîngea că „suferinții de astm” disperăți, care alergau în căutarea remediului lor favorit, îl trezeau la miezul nopții pentru a le vinde puțină cocaină.

UN CORSICAN ÎNTEPRINZĂTOR

Cu toate acestea, nu „medicamentul” numit cocaină doborîdea adorația publicului, ci „vinul-coca”. Se bucura de o deosebită reputație ca tratament — cite un pahar de trei ori pe zi — în insomnie, anemie, impotență, gripă și în acea omniprezentă maladie de la sfârșitul secolului al XIX-lea, melancolia.

Vinul-coca nu a avut, totuși, succes la vânzare pînă ce un isteț corsican, numit Angelo François Mariani, dornic să se îmbogățească, a făcut eforturi pentru lansarea pe piață a acestei licori. În 1891 Mariani a avut ideea de a cîștiga de partea sa celebritățile vremii. El a trimis lăzi cu sticle cu Vin Mariani (compoziția cuprindea aproximativ 50 g de frunze proaspete de coca la jumătate de litru de vin de Bordeaux) personalităților binecunoscute de atunci, invitindu-le să aprecieze calitatea și, dacă le place, să comande cantitatea pe care o doresc. Comentariile, mai ales cele referitoare la buchetul și finețea băuturii au fost demne de atenție. Timp de 23 de ani, că i durat afacerea, Mariani, pe lângă recomandările făcute consumatorilor publica și laudele primite de la trei papi, de la 16 șefi de state și de la 8 000 de... medici. „Vinul Mariani mi-a dat întotdeauna putere”, scria celebra actriță Sarah Bernhardt. „Onoare Vinului Mariani”, intona compozitorul Charles Gounod. Romanclerul Emile Zola numea infuzia respectivă „Elixirul vieții”, iar John Philip Sousa îl recomanda pentru „Lucrătorii creierului”. „Deoarece o singură

sticlă cu extraordinarul Vin al lui Mariani garantează 100 de ani — spunea Jules Verne — voi fi obligat să trăiesc pînă în anul 2 700”.

Succesul lui Mariani a îndemnat și alți producători să intre în competiție. Catalogul Sears Roebuck din 1902 semnalează „Vinul peruvian de Coco” (era, evident, o greșeală, fiind corectată, mai târziu, cu Coca), care era oferit pentru 1 dolar sticlă.

COCA COLA

Consumatorii timpurii ai „răcoritoarei” Coca-Cola erau, bineînțeles, consumatorii ai acestui drog. Dar, deși erau dependenți de el, aveau voie să bea liniștiți din licoarea americană „blîndă”, ce devenise nu numai folclor, ci un adevărat obiect de atenție. Dr. John Styth Pemberton născocise apa gazoasă — acum îi spunem sifon — al cărei „Izvor” a fost inaugurat la 8 mai 1886 în Atlanta. Coca-Cola era un amestec din această apă gazoasă cu sirop de coca. Mai târziu i se spune „fizz”. Această băutură, Coca-Cola, numită și „tonic al creierului”, ce era privită cu îngăduință, a fost imbuteliată pentru prima dată în 1894. Containerele conțineau mii de sticle închise cu dopuri care, ca la orice băutură spumoasă, pocneau cînd erau scoase. Astfel, această băutură a primit porecla de „soda pop” — adică sifonul care pocnește.

În 1903 cocaina a fost înlăturată din amestecul căruia i-a rămas totuși numele de Coca-Cola, sau, mai pe scurt, denumirea populară de Coke. Intervenise o comisie prezidențială care a atras atenția asupra „puternicului și periculosului efect de a deveni dependent de droguri”, chiar dacă consumai băuturi zise blînde.

REPUTAȚIE PĂTATĂ

La începutul acestui secol aura cocainei nu mai era inocentă. Drogul doborîdise o nouă și grotescă colecție de imagini: degete întinse cu unghii prelungi care să ducă cocaina la nări, aspirații nazale ce urmau să potolească durerea produsă de țesuturi dezințegrate, ace hipodermice prin care se introduceau în organism doze tot mai puternice. Trusa cu siringă, ce purta numele Parke-Davis, conținea și fiole de morfină și cocaină și era destinată folosirii în urgențe. Ea putea fi găsită în multe cabinete medicale particulare.

American Pharmaceutical Association semnală că importurile de cocaină au crescut cu 40 la sută din 1898 pînă în 1902, în timp ce

populația crescuse, în aceeași perioadă de timp cu 10 la sută. În ciuda reglementării aduse de Pure Food and Drug Act în 1906, comerțul cu acest drog a continuat să prospere, deși reputația sa era deja terfelită. În 1902 o femeie din Chicago, numită Annie Meyers, „o creștină decentă”, oferea detalii dure în *Eight Years in Cocaine Hell* (Opt ani în iadul cocainei). Se pare că aceasta este prima mărturie privind o femeie expusă drogurilor. Ziarele și revistele au susținut o intensă campanie împotriva cocainei, avînd paginile pline cu relatări isterice despre tinere fete seduse de drog și atrase într-un comerț cu slave albe și despre bărbați așa de puternici datorită cocainei... că erau imuni chiar și la răni produse de împușcături altminteri fatale. Titlurile ziarelor lansau alarmă după alarmă, ținînd trează atenția publicului. În 1914 Harrison Narcotic Act limita distribuția drogului, dar urmarea a fost urcarea prețurilor. Nu se întrevădea, însă, nici o speranță că lumea va renunța la folosirea cocainei, ce își continua drumul aproape nestîngherită.

ANII DE VIS

Drogul și-a făcut intrarea în muzică în anii 1920 și a rămas acolo pentru mai mult de două decenii. Asemenea cîntece precum „Cocaine Lil” („Ea trăia în orașul Cocaina, sus pe dealul Cocainei”) aveau un succes deosebit. Cocaina devine „materia primă” principală de blues-uri, fie că erau aștătoare precum capriciosul Leadbelly („Mă plimbam pe Ellum și am coborît pe principală/ Și am încercat așa, într-o doară, să cum-păr cocaină cu un bănuț/ Hai, feti-țo, să-ți dau puțină viață”), fie că erau jalnice („Obişnuința cu co-caina este foarte rea/ Este cel mai rău obicei pe care l-am avut vreodată”), ca melodia lansată de Memphis Jug Band (Orchestra „Trilur privighetoarei” din Memphis).

Pe ecrane, Hollywood-ul nu se lăsa mai prejos. În 1916, Douglas Fairbanks Sr., în rolul Detective Coke Ennyday, după povestirea cu Sherlock Holmes numită „Mystery of the Leaping Fish”, dădea gata traficantii cu injecții fulgerătoare făcute cu acul său. Cocaina l-a înzestrat cu puteri supraomenești pe Charlie Chaplin în 1936 în „Modern Times”, iar în 1939 cocainomania o tira pe eroina din „Cocaine Friends” spre prostituție și alte orori.

Potrivit publicației *Journal of the American Medical Association* din 1923, această aducere în prim plan, această privire favorabilă

adusă de către cinematografie era provocată de însăși cocaina. Dincolo de ecran, cocaina se bucura de porecla „stardust” (încântătoare, vis fermecător sau, literal, praf de stele). În 1922 „Vanity Fair” (Bilciul deșertăciunilor) conștienta o notă socială privitoare la Hollywood, cu „Snow Ball” (Balul zăpezii — în argou cocainei i se mai spune „zăpadă”) dat de Little Lulu Lenore de la Cuckoo Comedy Cp., la care oaspeții instalați „în lojele vanității, primeau minunate ace hipodermice”.

PETRECEREA S-A TERMINAT

Prin anii '30, către vremea celui de-al doilea război mondial, Cole Porter scria: „Eu nu primesc vizitoare de la cocaină; / Sint sigur că dacă/ lau o singură priză/ Mașă plictisită îngrozitor/ Dar, oricum, eu nu capăt elan de la tine”. Se pare că a înțeles că referirea la cocaină nu-și mai avea locul pentru că, mai târziu, rescriind primul vers, amintea de „ceva ca parfumurile din Spania”.

Cel de-al doilea război mondial a pus capăt petrecerii. Dar, după cum spunea dr. David Musto, istoric la Universitatea Yale și psihiatru, specializat în drogurile din America, „în mai puțin de două generații, mitul cocainei a renăscut”. Ca un punct minor al „farmacopeei” anilor '60, cocaina revine în vogă prin filmul „Easy Rider”, în care prizele perechii de antieroi au adus „pace” pentru decenii următoare. Pe de altă parte, Rock and roll-ul restabilea ritmul.

În 1970, Casey Jones lansa „Încântătoarea moarte” („Conducând trenul sus, spre cocaină”), iar în 1971, Steppenwolf cânta „Prietenul orbit de strălucirea zăpezii” („Spunea că e căutarea raiului/ Dar rugăciunea nu-i era auzită/ Și atunci și-a luat bilet numai pentru dus/ Pe linia aeriană făcută din zăpadă”). Formația Rolling Stones obține cu regularitate succese cu șlagăre despre cocaină. Filmul „Superfly” din 1972 prezenta traficul de cocaină în lumea interlopă a negrilor, în timp ce Woody Allen făcea lumea să se distreze pe seama „imperului alb” în filmul „Annie Hall”, realizat în 1977.

Firma Mc Donald, care producea mici lingurițe cu coada lungă, din plastic, dar și din argint, pentru mestecat cafeaua, le-a retras de pe piață când s-a aflat că erau folosite pentru coke. În 1973 erau lansate pe piață tricourile „Cocaina”, ce au avut mare succes pe plajele din toată America. De fapt, pe ele scria „Coca Cola”.

Însă aveau un desen ce înfățișa o tinătră atrăgătoare cu o linguriță de prizat cocaină. Acum au devenit obiecte de colecție. Numai în „Scarface” (1983) era prezentat rolul întunecat al cocainei, ca „înger” distrugător.

SUPRAVIEȚUITORUL „NOROCOS”

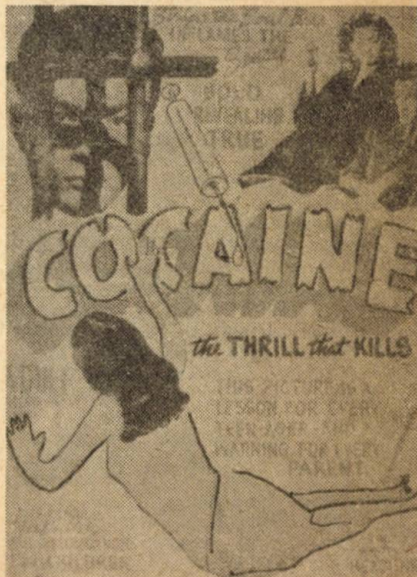
La începutul anilor '80 se făcea cunoscută, din ce în ce mai mult, patologia severă și neîndurătoare provocată de cocaină. Mai întâi nasuri ce miroseau îngrozitor, cu înfățișare urită și cu septurile perforate. Apoi a urmat o creștere dramatică a numărului de intoxicați aduși la camerele de urgență ale spitalelor. Urma desfigurarea și moartea. Cocaina, ce părea a fi un drog al cărui consum putea fi un obicei pentru multe generații, începea să-și arate colții, devenind un adevărat infern, explozia ei măturând tot ce întâlnea în cale.

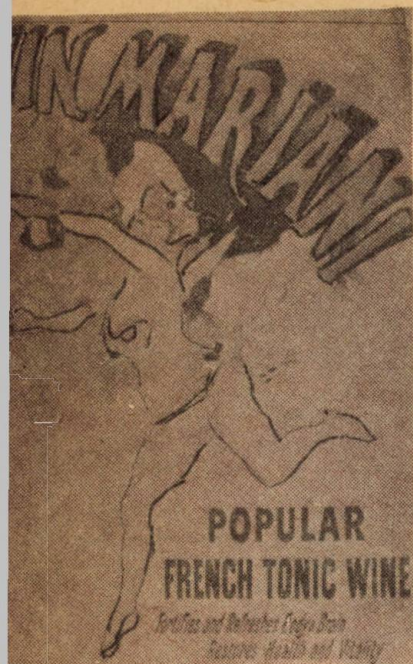
Cind consumatorii au aflat ce efecte are pulberea albă cind este prizată, adică introdusă în nas, au căutat alte căi de folosire a ei. Astfel, au descoperit „freebasing”. Era vorba despre o esență, aproape pură, produsă prin dizolvarea pulberii în eter și apoi uscată; aceasta era fumată de obicei cu o pipă cu apă. La 9 iunie 1980 eterul volatil a explodat în camera de zi a actorului Richard Prior, producându-i arsuri pe mai mult de jumătate din suprafața corpului. Medicul care l-a îngrijit îi dădea o șansă din trei că va scăpa cu viață. Timp de o lună suferințele sale au alimentat din plin, cu noutăți, primele pagini ale ziarelor. Mai târziu, impulsivul actor John Belushi, cunoscut publicului din „Animal House”, „The Blues Brothers” și din emisiunile NBC „Saturday Night Live”, nu a mai fost așa de „norocos”. El a murit la 5 martie 1982, după ce și-a injectat o supradoză de cocaină cu heroină, combinație numită în limbajul drogului „Speedball”, ceea ce ar însemna „încărcătură rapidă”. Aceasta atrăgea atenția asupra faptului că atunci cind dozele obișnuite nu mai aveau efectul scontat asupra cocainomanilor, ei recurgeau la combinații ucigătoare.

Ca urmare a ofensivei agenților federali care luptau împotriva drogurilor, a constrîngerii exercitate asupra traficanților, zeci de celebriți au fost prinși în capcane, pentru posesia sau vânzarea de cocaină. Nici un caz nu a fost mai notoriu ca acela al lui John Z. De Loreau, fost șef al unei companii de automobile de curse, care a fost în virful topului celor acuzați

de trafic de droguri și extorcare în Los Angeles.

Dar traficanții deveneau tot mai agresivi. „Columbia's cocaine cowboys” a fost numită intervenția acestora, soldată cu crime executate cu o salbatie fără precedent în Statele Unite. Aceasta evoluție singeroasă a istoriei cocainei se datoră membrilor mafiei drogurilor, care trăiau în America Latină și în Florida și controlau acest monstruos și gigantic imperiu al pulberii albe, ce se întinde de la culturile de coca din Peru și Bolivia pînă în apartamentele din S.U.A. Anual, aceștia cîștigau peste 30 de miliarde de dolari, sumă ce ar fi putut fi și mai ridicată dacă supersaturarea pieței nu ar fi dus la o scădere a prețurilor. Drug Enforcement Administration (D.E.A.), agenție federală de luptă împotriva drogurilor, confiscă anual tone de cocaină, în valoare de miliarde de dolari. Cu toate acestea, Francis Mullen jr., conducătorul interimar al D.E.A., declara în 1984: „Este încă puțin ceea ce putem face și nu vom reuși pînă nu vom reduce cererea de droguri”. Într-adevăr, mărturisirea celebriților ca și ale atleților cocainomani sau pe cale de a deveni dependenți de acest drog, centrele de dezintoxicare ca și mulțimea de victime care au sîrșit pe un pat de spital, dacă au mai putut ajunge acolo, sînt semne care demonstrează extinderea acestei plăgi a societății contemporane în acest început al celui de-al doilea secol de uz și abuz de cocaină.





REÎNTOARCEREA

În primavara anului 1988, delegații din 24 de țări europene se întruneau la Paris la Conferința regională a Interpolului. În centrul discuțiilor a fost comerțul ilegal cu droguri. După reuniune, americanul Paul Higdon, șeful subdiviziei de narcotice de la Interpol, acorda un interviu trimisului ziarului *International Herald Tribune*, interviu publicat la 25 aprilie 1988. Potrivit declarațiilor sale, din 1986 până în 1987 în Europa (occidentală) captura de heroină a crescut de la 1,9 la 3 tone, iar cea de cocaină de la 1,6 la 2,5 tone, în timp ce toată cocaina confiscată în 1970 în Europa depășea cu puțin... un kilogram. Cocaina din America de Sud care a inundat ani de zile Statele Unite, este pe cale să pună stăpânire, cu cantități alarmante, pe țăările Europei occidentale. Acum — adăuga Paul Higdon — Europa este în mare măsură în urma Statelor Unite, dar se pare că în curând le va ajunge.

Interesant de remarcat că drumul cocainei a fost ciudat și sinuos. A început în Europa, venind din America de Sud, a continuat în Statele Unite, iar acum se reîntoarce, cu forță distructivă crescută, pe bătrânul continent.

Dacă ținem seama că, potrivit aprecierilor făcute, doar o cantitate

de 10—15 la sută din totalul drogurilor este descoperită și capturată, ne putem da seama de dimensiunile neliniștitoare ale acestui flagel. De altfel, cam 30 la sută din activitatea Interpolului, organizația care are 146 de state membre, este dedicată combaterii drogurilor la nivel internațional.

La ora actuală, numărul de cocainomani depășește 4,8 milioane, întrecându-l cu mult pe cel al opiomaniilor, estimat la 1,7 milioane, sau pe cel al heroinomaniilor, care sînt „doar” 750 000. Ar mai fi de semnalat faptul că aceste cifre nu reprezintă decît o parte dintre cei ce consumă cu regularitate droguri, pentru că ele, cifrele, exprimă numărul persoanelor care au ajuns, într-un fel sau altul, la unități sanitare sau au avut de-a face cu autoritățile polițienești.

Dacă începuturile cocainei au fost marcate de euforie, acum societatea contemporană își manifestă disperarea în fața dimensiunilor crescînde ale ravagiilor făcute de droguri.

sănătate mintală, dr. Norman Sartorius, declara, într-o alocuțiune ținută la Conferința Națiunilor Unite privind abuzul și traficul ilicit de droguri, ce a avut loc la Viena în 1987, că abuzul de droguri este o importantă problemă de sănătate publică și lansa un apel în favoarea unei „alianțe internaționale contra morții, bolii, degradării sociale și mizeriei pe care abuzul de droguri le produce în lume”. Mai arăta că „abuzul de droguri este o cauză de degradare psihosocială mai ales a tinerilor, segmentul cel mai vulnerabil al populației. O.M.S. trebuie să-și îndrepte eforturile asupra prevenirii consecințelor catastrofale ale abuzului de droguri pentru sănătate”.

O măsură într-adevăr necesară. Sperăm ca eforturile conjugate ale tuturor organismelor internaționale de represiune a traficului ilicit de droguri să fie încununată de succes. Numai atunci O.M.S. va putea să-și dedice întreaga activitate combaterii și prevenirii maladiilor — și sînt atît de multe! — care afectează sănătatea oamenilor de pe planeta noastră.

Lucian HUIBAN

(Fragmente din volumul în pregătire
„De la droguri la violență”)

Directorul Diviziei O.M.S. de

SINONIMII ÎN ECOSISTEM

„Trăim ca beneficiari ai muncii nevăzute a împărăției vegetale, care fabrică pentru noi oxigen. Sîntem frați siamezi cu stejarul, teiul, eucaliptul, cu bujorul, nufărul și păpădia. Respirăm miresmele lor și ne bucurăm ochii cu paleta fermecată de culori, neîntrecută de nici un pictor”.

În antichitate, poetul Ovidiu inventa o poveste pentru fiecare plantă, la origine o fată sau un băiat care sufereau o metamorfoză devenind crin sau leandru. Un fel de operație estetică.

Poveștile noastre sînt și ele pline de transformări miraculoase în flori și plante. Dovadă că poporul român a intuit ființa vrăjită, care crește pe tulpini și trunchiuri și face văzduhul respirabil, bucurîndu-se sufletul cu miresme și foșnete de frunze. Iar poezia noastră populară începe cu „foaie verde”.

Omul și-a asociat plantele și florile cele mai diverse ipostaze ale trăirilor lui suferite. Dovadă că poporul român a intuit ființa vrăjită, care crește pe tulpini și trunchiuri și face văzduhul respirabil, bucurîndu-se sufletul cu miresme și foșnete de frunze. Iar poezia noastră populară începe cu „foaie verde”.

În afară de latura cea mai valoroasă a unei flori — frumusețea formei, culorii și parfumului, florile — această minune a naturii și omului, pe lângă aspectul cromatic și estetic impresionant ne îmbogățesc viața de zi cu zi prin infuzia de optimism, de satisfacție și de sănătate.

Prin cele trei funcții ale organismelor vegetale, asimilația clorofiliană, respirația și transpirația — lumea plantelor reglementează toate procesele vieții de pe suprafața Terei, creînd condițiile dezvoltării civilizației umane. Prin milioanele de tone de apă pe care le eliberează prin transpirație,

plantele asigură, în parte, circuitul apei în natură, determină factorii de climă și de mediu, iar prin consumarea gazelor carbonice vătămătoare ele asigură în permanență echilibrul compoziției chimice a atmosferei, făcînd-o astfel respirabilă.

Din pămînt, apă și aer, cu ajutorul energiei solare, plantele prepară sute de substanțe necesare existenței umane.

Puțini dintre noi am reflectat vreodată asupra faptului că viața pe Tera nu ar putea exista fără una dintre cele mai perfecționate uzine, care nu este alta decît modesta plantă.

Funcționarea ei constă în producerea de substanțe organice și oxigen din substanțe anorganice — bioxid de carbon și apă, în prezența clorofilei și a luminii solare. Substanțele organice fabricate servesc la desfășurarea tuturor proceselor fiziologice din plante (creștere, dezvoltare, înmulțire). Cu ocazia sintezei lor, planta înmagazinează energia luminii solare sub formă de energie chimică. Fotosinteza reprezintă calea biologică de captare a cuantelor de lumină prin care plantele verzi transformă energia luminii solare în energie chimică, înmagazinată în substanțele organice sintetizate.

De-a lungul timpului, omul a învățat să folosească în interesul său tot ce i-a oferit natura prin intermediul acestui laborator ultra perfecționat care este planta verde. Astfel, pe lângă sursa de hrană, plantele sînt principala sursă de fibre textile, de material lemnos pentru construcții și combustibil, de medicamente, parfumuri, decor,

optimizare ambientală, plante-cobai etc.

Planta este o ființă vie, constituită din unități structurale numite celule, care se hrănește cu substanțe anorganice, nu se poate deplasa, nu are organe de simț și nervi, dar este capabilă să reacționeze cu o sensibilitate fină și precisă la factorii mediului înconjurător, constituind astfel similitudini în lumea vie a ecosistemului recomandînd plantele drept „cobai-experiment” pentru a controla noxele ambianței.

Arborii, constituenți structurali de bază ai pădurii, sînt din punct de vedere informatic „receptori” foarte sensibili ai fluxului extern de materie și energie, acționînd ca niște originali „senzori biologici”. Ei prelucrează acest flux informațional, în principal prin intermediul complexului de procese metabolice, modelîndu-l conform bazei genetice proprii și îl stochează în tot cursul perioadei de vegetație. Cel mai important loc de depozitare a acestor informații primite de la mediul ambiant sînt inelele anuale de creștere, acele straturi succesive de lemn cu dispoziție concentrică față de axul longitudinal al tulpinii, inele care își schimbă dimensiunile anatomice, densimetrice și chimice în decursul unei perioade anuale de vegetație sau de la an la an.

Concordanța dintre periodicitatea cu care se înregistrează secetele, atribuie, așa cum se considera pînă în prezent, exclusiv circulației atmosferice și creșterea activității solare poate sugera probabilitatea înregistrării perioadei a unor efecte de o deosebită gravitate pentru vegetație în general, accentuate sinergic de creșterea agresivității unor factori poluanți și a stresului fiziologic.

Similitudini impresionante în modul de a reacționa al unor flori la noxele din mediul ambiant: tutun, zgomot, diferiți poluanți chimici și

modul în care răspunsul organismului uman este asemănător, rezultatul final al expunerii îndelungate fiind și pentru om și pentru floare același: imbolnăvirile grave și, în final, moartea.

Astfel, expunând mina umană unui fascicol de raze X în timp ce posesorul fumază se constată o puternică ischemie ca rezultat al vasoconstricției (paloare apoi cianoză) cauzate de nicotină, fenomene similare înregistrate cu o frunză expusă acțiunii fumului de țigară, la care se remarcă puternica constricție a vaselor liberiene și decolorarea acesteia.

Muzica stridentă influențează negativ asupra dezvoltării florilor și plantelor de casă, în timp ce o muzică de Chopin sau alt compozitor clasic are o acțiune benefică. De exemplu, trandafirii reacționează la producerea zgomotelor puternice. Ținuți în preajma unor puternice surse de zgomot ei se ofilesc mult mai repede. Același efect nociv îl înregistrează zgomotul sau muzica a cărei intensitate decibelică depășește limita organului auditiv la om producând hipoacuzii, surditate și nevroză.

Un experiment ce s-a desfășurat la Harvard (SUA), urmărind cuantificarea urii sau a iubirii din roșirea umană prin efectul asupra florilor a demonstrat importanța deosebită în conservarea unei stări de afect corespunzătoare relațiilor interumane prin roșirea caldă, duioasă, decentă, a cuvintelor, a încărcăturii afective a acestora și a tonului cum sînt rostite.

Astfel s-au așezat trei ghivece cu flori din aceeași specie în trei încăperi cu condiții de microclimat similare. Apa cu sărurile minerale, aerul și însoțirea fiind absolut asemănătoare, însă pentru două dintre acestea adăugindu-se de trei ori pe zi hrana „cuvînt”.

Cîțiva oameni adresau uneia dintre flori vorbe încărcate de ură și dispreț prognosticîndu-i moartea, în timp ce altele, alți oameni, de trei

ori pe zi îi adresau cuvinte de iubire, de încurajare și laudă, floarea nr. 3 - martor rămîbind doar cu cerințele sale obișnuite (apă, aer, soare). După un timp, floarea cu iubire s-a dezvoltat și a înflorit neobișnuit de frumos față de floarea-martor în timp ce floarea tratată de trei ori pe zi cu ură s-a ofilit și a murit.

Cîte infarcte, accidente vasculare cerebrale, agravări ale unor boli sau decompensări grave psiho-afective nu fac și oamenii supuși stress-ului-cuvînt. Și cită înflorire există acolo unde soții, de exemplu, își adresează unii altora cuvinte calde, respectuoase, încurajatoare, realizînd acel microclimat propice al familiei despre care se vorbește atît de mult în promovarea sănătății copiilor și a tuturor celorlalți membri ai familiei!

Cu ajutorul unor aparate electronice s-a descoperit că florile emit impulsuri electrice, ceea ce demonstrează că sînt dotate cu o sensibilitate specifică. Unele au nevoie chiar de tratamente medicale, în care scop, în multe țări au fost înființate „dispensare” pentru vindecarea lor sau chiar clinici unde florile pot fi internate cîteva zile pentru tratamente.

În afara acestei similitudini sau a rolului covîrșitor al unor plante în vindecarea bolilor umane există plante care servesc drept test pentru stabilirea unor diagnoze. De exemplu, multă lume a aflat despre calitățile algelor marine care pot avea cele mai diverse întrebunări. Grație unei noi tehnologii vor fi folosite proprietățile fluorescente ale unui grup de alge pentru detectarea tumorilor canceroase. Pînă în prezent s-a putut pune la dispoziția oncologilor o trusă de testare pe bază de coloranți extrași din alge care ajută la identificarea a șase tipuri de cancer. În viitorul apropiat se speră realizarea unei truse-diagnostic folosite la depistarea mai multor substanțe simultan, precum și la

depistarea altor maladii decît cancerul.

Lumea plantelor poate fi deci considerată pe drept cuvînt un dar al naturii, un dar inestimabil care ne obligă să-l iubim, să-l respectăm, să-l ocrotim.

Dr. Mioara MINCU

CLIMA ȘI SĂNĂTATEA

În general clima este definită ca mediul extern în care se desfășoară viața și care este alcătuit din totalitatea factorilor fizici, biologici, cosmici și terești, concretizîndu-se prin temperatura aerului și compoziția sa, presiunea atmosferică, umiditatea, curenții de aer, radiațiile solare, electricitatea liberă, elementele geografice etc.

Ea este împărțită corespunzător zonelor geografice, care la rîndul lor se subîmpart în zone și subzone climatice în funcție de situația geografică, latitudine etc.

Din punct de vedere medical s-au diferențiat climate de cruțare, stimulante și excitante. La noi în țară clima de cruțare se găsește în regiunea de șes, de dealuri și în zona subalpină între 500-800 metri altitudine. Climatul stimulant este reprezentat prin climatul maritim de litoral și între zona subalpină și cea alpină — 800-1 000 metri. Climat excitant se găsește în zona alpină și de mare înălțime 1 000-2 000 metri altitudine, apoi în regiunea de stepă și stepă maritimă cum este clima litoralului nostru.

Clima de șes și dealuri este indicată în boli reumatice, pulmonare și nervoase. Sînt nenumărate localitățile balneoclimaterice în această zonă geografică (de altfel clima acționează în mod identic în toate așezările din zona respectivă, indiferent că sînt stațiuni balneare sau climate-riche organizate ca atare sau

nu, diferit fiind doar cadrul geografic și puritatea aerului): Amara, Balta Alba, Bala, Bazna, Băltărești, Balvanyos, Biborțeni, Bicsad, Boholt, Buzias, Bizușa, Băița, Boboci, Calacea, Calan, Calimanești, Caciulata, Cozia, Ciineni, Cojocna, Cohalm, Danești, Drinceni, Felix, Govora, Geoagiu, Gura Ocniței, Herculan, Homorod, Brașov, Ivanda, Lipova, Lacul Sarat, 1 Mai, Movila Miresii, Moneasa, Moinești, Miercurea Sibiu, Ocna Mureș, Ocna Sibiu, Ocnele Mari, Ocnița, Ocna Șugatag, Olănești, Oglinzi, Perșani, Sacelu, Slanic-Prahova, Singeorz, Singeorgiu Mureș, Someșeni, Stoiceni, Strunga, Tauf-Magheruș, Telega, Tinca, Țintea, Tg. Ocna, Turia, Vața, Valea Roșie, Veneția de Jos, Vizantea, Vulcana etc.

Clima subalpina are efecte bune în unele forme de tuberculoză, emfizem pulmonar, boli de inimă ușoare, astenii nervoase. Stațiuni cu climă subalpina sînt: Anieș-Albești, Bodoc, Borșa, Broșteni, Bradet, Brebu, Bran, Bughea de Sus, Cîmpulung Mușcel, Corund, Covasna, Dîlbovicioara, Homorod, Odorhei, Iacobi, Jigodin, Luna, Malnaș, Ozunca, Praid, Slanic Moldova, Șiriu, Sovata, Șugaș, Sinaia, Timișul de Sus, Toplița, Tușnad, Valea Vinului, Vilcele, Zizin. În zona intermediară dintre cea subalpina și alpina notăm: Vatra Dornei, Dorna Cîndreni, Poiana Negrii, Borsec, Colna, Băsteni, Poiana Țapului.

Clima alpina, de înalțime, este indicată în anemii, hipertiroidism, astm bronșic și catar pulmonar, tuberculoză ganglionară, osoasa și cea pulmonară pe cale de vindecare, rahitism, nevroze funcționale, dar este contraindicată în hipertensiune arterială, arterioscleroză avansată, boli de rinichi, tendințe la hemoragii. În climat alpin sînt stațiunile: Predeal, Paltiniș, Lacul Roșu, Șarul Dornei, Azuga, Bilbor, Harghita, Oașa, Poiana Brașov, Stîna de Vale ș.a.

Clima de stepa și stepa

maritimă de pe litoral se recomandă în: tuberculoza osoasa și ganglionară, reumatism cronic, nevralgii, boli cronice de femei, diabet, obezitate, catare cronice ale căilor respiratorii, rahitism, unele boli de piele, fiind la rîndul ei contraindicată în tuberculoza pulmonară, hipertiroidism - Basedow, astenie

nervoasă cu agitație, boli de rinichi și de inimă cu decompensări. Se află în această zonă climatică stațiunile: Navodari, Mamaia, Constanța, Agigea, Eforie Nord, Eforie Sud, Techirghiol, Costinești, 2 Mai, Mangalia.

G.G.



IRINA CÎMPINEANU

Între femeile care s-au alăturat activității umanitare a Crucii Roșii române, din momentul constituirii ei, a fost și Irina Cîmpineanu, de la a cărei naștere s-au împlinit 140 de ani.

Născută la București, la 6 februarie 1849, ea dovedește o inteligență vie, o energie, o voință aparte și, totodată, o sensibilitate deosebită față de suferințele semenilor. Căsătorită în pragul tinereții cu Ion Cîmpineanu, om politic apreciat pentru comportarea

sa patriotică, fiu al cunoscutului revoluționar pașoptist cu același nume, Irina Cîmpineanu, deși soție și mamă în anii războiului pentru independența României, nu ezită să plece la Tr. Măgurele pentru a îngriji cu egală atenție răniții români, ruși și turci. Aici înțelege mai bine rolul Crucii Roșii și necesitatea îmbunătățirii continue a activității ei.

În acest scop, la încheierea războiului călătorește în diferite țări din Europa pentru

a cunoaște preocupările unor societăți naționale de Cruce Roșie iar la întoarcerea în țară contribuie, prin diferite inițiative, la dezvoltarea activității Curcii Roșii române. Deși la vîrsta de 39 de ani își pierde soțul, Irina Cîmpineanu se dedică creșterii celor patru copii ai săi, înființării unui liceu și acțiunilor umanitare.

În 1906 constituie „Societatea Crucea Roșie a doamnelor din România” pentru a da posibilitatea femeilor din țara noastră să participe mai mult la activitatea de Cruce Roșie. Inițiativa sa are un puternic ecou în rîndurile femeilor; numărul membrilor și fondurile

acestei societăți cresc repede, iar în numai 7 ani, datorită muncii sale perseverente, se organizează filiale în numeroase județe și orașe, funcționează cursuri pentru infirmiere voluntare la Spitalul militar din București.

Apreciindu-se că și această societate își poate aduce contribuția la stăvilirea epidemiei de holeră din 1913, este chemată să participe la îngrijirea bolnavilor. Fără să țină seama de vîrstă – împlinise 64 de ani – și de pericolele la care se expunea, Irina Cîmpineanu vizitează zilnic barăcile în care erau internați bolnavii.

La 7 mai 1915, cînd „Socie-

tatea Crucea Roșie a doamnelor din România” fuzionează cu Societatea Crucea Roșie a României, Irina Cîmpineanu demisionează, dar este aleasă, ca o recunoaștere a activității sale, președintă de onoare a noii Societăți. O recunoaștere exprimată și de numeroase societăți naționale de Cruce Roșie, care îi conferă distincții, între care și Crucea Roșie Japoneză.

Învinsă de o boală grea, trăiește ultimii ani departe de preocupările cărora i se dedicase, încetînd din viață la 2 noiembrie 1920.

N. TURTURESCU

TOXICITATEA OCULARĂ A MEDICAMENTELOR

Vechiul principiu hipocratic „PRIMUM NON NOCERE” (să nu vătămi) rămîne și astăzi fundamental în exercitarea artei medicale. O nouă dimensiune ia faptul că introducerea tratamentelor moderne puternice antiinfecțioase, antiinflamatorii, imunosupresoare, citostatice, psihotrope, grație cărora noi putem acționa asupra diferitelor stări patologice cu eficacitate, nu sînt chiar inofensive. De asemenea, aceste tratamente comportă riscuri mari sub formă de efecte secundare sau de complicații. Numeroase medicamente administrate pe cale generală sînt toxice pentru căile retino-corticale. Toxicitatea se poate manifesta în diferite grade de la un produs la altul. Toxicitatea medicamentoasă a căilor vizuale a constituit o sursă de inspirație pentru numeroși critici de artă. Proba este analizarea operei lui Van Gogh pentru aplicarea frecventă a culorii galbene, care ar putea fi expresia unei supradozări digitale. Biografia afirmă că pictorul suferea de epilepsie, ori digitala la sfîrșitul secolului al XIX-lea făcea parte din diferite poțiuni terapeutice anticomiciale. Pictorul Van Gogh nu a pictat oare pe medicul său ținînd în mînă planta Digitalis Purpurea? Motivul este grav, căci numeroase substanțe comportă un efect vătămător potențial asupra căilor nervoase vizuale. Desigur, unele nu ocazionalizează decît tulburări ireversibile, mai ales cînd disfuncția vizuală este dereglată precoce și substanța cauzală este rapid îndepărtată; însă, în alte cazuri, vătămările sînt profunde și iremediabile putînd să se accentueze după întreruperea tratamentului cauzal.

1. Medicamente cardiotrope

a) **Glucosizii cardiaci. DIGOXINA DIGITALA.** Intoleranța vizuală pe care o antrenează ia adesea forma de sclipiri luminoase, de întrerupere momentană a vederii și tulburări de percepție vizuală a culorilor. Figurile sînt străbătute de un contur albastrui sau încă de un exces de culoare galbenă, xantopsic, caracteristică supradozării digitale. Alții se plîng de halucinații vizuale. Tulburările acestea traduc cel mai adesea o supradozare medicamentoasă și dispar în principiu în cîteva zile sau săptămîni. Tulburările vizuale antrenate de glucosizii cardiaci se datoresc inhibiției unei enzime, care poate reduce polarizarea fotoreceptorilor.

b) **QUINIDINA** este un stereo-izomer al chininei. Este un anti-aritmic care comportă la fel proprietăți anti-malarice. Vom menționa efectele toxice împreună cu Quireidina.

2. Agenții antiinfecțioși

a) **ETAMBUTOLUL** este un medicament tuberculostatic care comportă un important potențial toxic asupra căilor vizuale. Frecvența tulburărilor vizuale este în funcție de doza administrată și starea clinică a bolnavilor putînd juca un rol favorizant în insuficiența renală. Incidența tulburărilor vizuale este cam de 1% la bolnavii tratați cu Etambutol. Deficitul se instalează de la 3 săptămîni pînă la 15 luni de la începerea tratamentului. Deficitul vizual este obișnuit reversibil cînd este depistat în primele săptămîni de la instalarea sa. Potențialul toxic al Etambutolului privește pe de o parte retina și pe de altă parte căile vizuale anterioare retrolulare. Din cauza unei oarecare toxicități vizuale a Etambutolului se impune o supraveghere oftalmologică regulată a bolnavilor tratați.

b) **HIDRAZIDA (RIMIFON ISONIAZIDA)**

Izoniazida este un agent anti-tuberculos care poate antrena mai rar o neuropatie optică retrobulbară, ce poate surveni precoce (la primele luni de tratament). Comportă reducerea acuității vizuale, scotom central și dureri la mișcările oculare. Evoluția este favorabilă la oprirea tratamentului. Izoniazida favorizează eliminarea Piridoxinei (vitamina B₆), a cărei carență ar putea explica manifestările polinevritice observate la pacienții care prezintă semnele de toxicitate a Izoniazidei. Neuropatia optică toxică este prevenită prin administrarea concomitentă de Piridoxin.

c) **CLORAMFENICOL (CLOROMICETINA)**

Administrarea sistemică prelungită a Cloramfenicolului (cîteva luni) comportă un risc de neuropatie optică toxică. Este frecvent observată la pacienții suferind de infecții pleurale repetate și la pacienții cu suferință pancreatică. Se acuză o scădere a acuității vizuale. Deficitul vizual este cîteodată discret și reversibil la oprirea tratamentului.

3. **Agenții citostatici**

Evaluarea clinică a toxicității unui medicament citostatic este cîteodată foarte greu de făcut prin existența fenomenelor de retinopatie sau de neuropatie optică paraneoplazică. Diagnosticul este cîteodată nesigur prin prescripția frecventă a diferiților agenți citostatici fără a ține socoteală asupra unei infiltrații neoplazice directe a căilor vizuale sau a unei tulburări metabolice, rezultind de la o dezvoltare tumorală.

a) **VINCRISTINA** a fost incriminată în mai multe cazuri de neuropatie optică retrobulbară; funcția vizuală este obișnuit ameliorată după suspendarea administrării.

b) **METHOTREXAL**

c) **TAMOXIFEN** se administrează la pacienții suferind de cancer metastazic al sîinului.

4. **Agenții antireumatismali și/sau antiinflamatori**

a) **CLOROQUINA și HIDROXICLOROQUINA** comportă un potențial toxic vizual important. Inițial prescrise ca anti-paludice de sinteză, ele s-au adevărit a fi utile în lupusul eritematos diseminat și în poliartrita reumatoidă. Ele antrenează o alterare a sintezei rodopsinei, a pigmentului fotoreceptor, prin inhibarea enzimei alcool-dehidrogenazei, exercitînd o acțiune toxică la nivelul celulelor ganglionare ale retinei. Toxicitatea retiniană a acestor substanțe este legată de posologia și de dozele totale administrate. La fel, are o puternică afinitate pentru melanina epitelului pigmentar retinian, unde se concentrează de 100 ori mai mult decît la nivelul hepatic, constituind un „rezervor” important al acestor substanțe, dîrînd chiar ani după oprirea tratamentului.

b) **INDOMETACINUL**. Prin administrare prelungită este responsabil de retinopatii toxice, cu alterarea epitelului pigmentar, „Ochiul de bou”, cu depigmentare perifoveală, și care

dispare după oprirea tratamentului.

c) **QUININA** este o substanță antimalarică, potențial foarte toxică pentru retină și nervul optic. În doze terapeutice de mai puțin de 1 g pe zi ea nu antrenează decît rareori tulburări vizuale. Din contră, cînd este absorbită în cantitate mare (2-5 g) ea antrenează tulburări vizuale masive. Cînd supraincîlcarea medicamentoasă este moderată, ea este însoțită de grețuri, vomituri și în cîteva ore are loc o scădere puternică a vederii, uneori pînă la orbire (cecitate).

5. **Agenții psihotropi**

a) **CLOPROMAZINA (LARGACTIL)** acționează printr-o pigmentare profundă a maculului, alteori printr-o retinopatie pigmentară granulară, cu o reducere a acuității vizuale.

b) **THIORIDAZIN (MELLERIL)**. Toxicitatea sa este în funcție de doza administrată. Retinopatia toxică se prezintă ca o pigmentare neregulată în regiunea centrală a fundului de ochi.

6. **MEDICAMENTE DIFERITE**

a) **ACIDUL NICOTINIC**. O maculopatie se dezvoltă la 3-6 g pe zi de acid nicotinic, pentru scăderea unei colesterolemii foarte ridicate. Examenul fundului de ochi arată un pseudoedem macular cistoid. Interruperea tratamentului este urmată de o recuperare a funcției vizuale.

b) **CARBAMAZEPINUL** a fost incriminat în dezvoltarea unei retinopatii, cu leziuni ale epitelului pigmentar al regiunii maculare, asociată cu tulburări vizuale susceptibile de a regresa după oprirea tratamentului.

c) **DISULFIRAME (ANTABUSE)** a fost întrebuintat pentru diferite efecte, în special în sindromul de dependență în alcoolismul cronic. Mai mulți pacienți au prezentat rapid o nevrîtă optică retrobulbară, cu scăderea acuității vizuale. Funcția vizuală este restituită după întreruperea tratamentului.

d) **RETINOIZII: ISORETINOIDA**. Termenul de retinoid este aplicat în familia substanțelor derivate din vitamina A. Ei sînt întrebuintați în acnee sau psoriasis. Isoretinoida este analogă vitaminei A naturale și este extrem de eficientă în tratamentul acneei chistice și antrenează remisiuni prelungite ale afecțiunii.

Ca toți retinoizii sintetici, Isoretinoida în doze suficiente produce simptomele obișnuite hipervitaminozei A, îndeosebi cheilite, uscăciunea feței, uscăciune oculară, o alterare a funcției lacrimale.

În concluzie, după cum se vede, manifestările toxicologice ale căilor vizuale sînt foarte variate. Este necesar, în cazul unor tulburări vizuale neexplicabile, să facem un inventar critic al medicamentelor pe care le luăm în diferite împrejurări, recurgînd și la un control oftalmologic, pentru a depista primele semne de deficit vizual și astfel a preveni, în măsura posibilului, tulburări majore și uneori ireversibile ale vederii.

Conf. dr. Sandu MIHAIL
dr. Alexandru ȘTENC

DOPINGUL

Opinia publică mondială a fost și este scandalizată de practicile necinstite și periculoase prin care se încearcă ameliorarea artificială a performanțelor sportive și cucerirea unor locuri nemeritate în ierarhii. Ne amintim de descalificarea canadianului Ben Johnson și a altor sportivi câștigători ai unor probe la Jocurile Olimpice de la Seul, că la 6 februarie a.c., în Campionatul mondial de floretă femei, cunoscutei campioane mondiale, italianca Dorina Vaccaroni, i-a fost depistată Nikethamidă și că, în martie a.c. atleta Angela Talyor Issajenko a mărturisit că de 10 ani folosește substanțe anabolizante.

Prin utilizarea stimulatoarelor de efort (doping) se înțelege folosirea unor substanțe și a tuturor mijloacelor destinate a mări artificial randamentul în vederea sau cu ocazia competițiilor, dar care aduc prejudicii eticii sportive și sănătății fizice și psihice a sportivilor de performanță. În definirea noțiunii de „artificial” este considerat tot ce nu este natural, iar naturale sînt mijloacele de antrenament tradiționale, la fel ca și o dietetică normală.

Cuvîntul DOPING derivă de la cuvîntul flamand DOOP, care înseamnă mixtură sau preparat misterios. Problema dopingului a suscitat discuții și hotărîri cu ocazia diferitelor congrese internaționale de medicină sportivă.

În materie de dopaj, instanțele sportive sînt ferme: ele impun obligații și interdicții fără a ține cont de repercusiunile lor eventuale. Comitetul Internațional Olimpic (C.I.O.) nu a reușit totuși să definească dopajul, el considerînd că publicarea unei liste de produse interzise este mai mult decît suficientă pentru a combate și stăpîni dopajul. La rîndul lor, majoritatea sportivilor sanc-

ționați pentru dopaj contestă validitatea rezultatelor de laborator sub pretextele că ei n-au absorbit nici o substanță interzisă sau că sînt tratați cu un medicament lipsit de proprietate dopantă, afirmații care pot fi exacte. Numeroși sportivi reclamă instituirea de controale cantitative care ar permite să se deosebească dopajul de terapeutică. Este evident că unele cantități de metaboliți urinari sînt cu atît mai mari cu cît posologia administrată este mai ridicată. Pentru a putea preciza natura și dozele de medicament absorbit,

trebuie să se cunoască momentul și căile de administrare în organism, precum și condițiile ambiante (temperatura, stresul, intensitatea și tipul de efort). Modificările continue ale acestei diferențe variabile de la individ la individ denotă dificultatea determinării științifice precise a naturii posologiei medicamentului administrat.

Astăzi, practic, toate disciplinele sportive sînt atinse de dopare. Evident, recurgerea la substanțe dopante sporește pentru moment capacitatea sportivului de a face față la



durata, intensitatea antrenamentelor și a competițiilor, la diferite condiții atmosferice defavorabile pe care trebuie să le înfrunte într-o competiție cu eforturi atletice. Reversul medaliei este însă insuficiența de ore și de zile de recuperare între două probe ale unei competiții, durata condițiilor de disconfort și a depla-

trena oboseala generală. Ea constă în aplicarea a doi electrozi la extremitățile unui mușchi prin care trece un curent electric sinusoidal. Transfuziile sanguine sînt intrate în arsenalul terapeutic de la Jocurile Olimpice de iarnă de la Sapporo, din 1972. Finlandezii au imaginat acest procedeu de a mări numărul globulelor

mări concentrația de hemoglobină: a practica un antrenament răbdător de lungă durată, a sta cel puțin trei săptămîni la o altitudine de 1 500 m sau a primi o transfuzie sanguină. Pentru a evita riscurile inerente ale transfuziilor, sportivul se supune la autotransfuzii; el primește astfel globulele roșii de la propriul

TABEL

cu diferite substanțe dopante și consecințele pe care le produc

Nr. crt.	Categoriile de substanțe	Efecte	Sporturi în care sînt utilizate	Consecințe	
				Minore	Majore
1.	Stimulente (amfetamine, amine simpatico-mimetice, stimulente ale sistemului nervos central)	Măresc vigilența, diminuează oboseala	Majoritatea sporturilor, în afară de tir	Agitație, anxietate, tahicardie și tachipnee, scăderea coordonării	Aritmie, hipertermie, dependență
2.	Analgezice	Suprimă durerea, calmante	Box, sporturi de echipă, sporturi de luptă	Scăderea coordonării și concentrării	Stări de stupeoare, comă, bradipnee, dependență
3.	Beta-blocante	Încetinirea ritmului cardiac, efect antitremur	Tir, tragere cu arcul, automobilism, golf	Astm, diminuarea vigilenței	Bradycardie
4.	Corticosteroidi	Măresc agresivitatea, aduc oboseală și durere	Discipline sportive ale rezistenței, sporturi care necesită repetarea eforturilor	Întîrzierea cicatrizării rănilor, favorizează infecțiile	Disfuncție hipofizo-suprarenală, diabet, osteoporoză
5.	Steroidi anabolizanți	Măresc masa musculară, forța și agresivitatea	Toate sporturile	La femei: tulburări ale menstruației, diminuarea sînilor și a vocii, creșterea pilozității; la bărbați: atrofie testiculară	Tulburări cardiace și hepatice, sterilitate, carcinoame hepatice, decompensare psihică
6.	Diuretice	Reduc rapid greutatea și camuflează alte substanțe dopante	Box, lupte (libere, greco-romane, judo), haltere	Deshidratare, crampe musculare, hiponatremie și hipokaliemie	Aritmie, oprirea inimii, leziuni renale
7.	Probenecid	Camuflează produsele dopante (mai ales cele anabolizante) și testosteronul	idem	Cefalee, anorexie, vertij	Reacții anafilactice
8.	Transfuzii și autotransfuzii sanguine	Măresc rezistența	Discipline sportive de rezistență, schi și ciclistism (curse de fond)	Reacții alergice	Infecții hepatice, SIDA

NOTĂ: Testarea substanțelor se face pe baza analizelor de urină.
În cazul transfuziilor sanguine se efectuează pe probe de sînge.

sărilor impuse sportivului.

În afară de substanțele farmacologice, sportivii recurg la diferite metode fizice pentru a încerca mărirea performanțelor lor. Actualmente electrostimularea, transfuziile sanguine și folosirea de eritropoietină sînt metodele cele mai folosite. Electrostimularea este destinată pentru a crește masa și forța unui mușchi sau a unei grupe musculare, fără a an-

roșii, deci volumul de hemoglobină, sperînd să crească astfel cantitatea de oxigen vehiculat în sînge și să cedeze mai mult oxigen mușchilor în eforturile intense. Aceste constatări se sprijină pe lucrările celebrului fiziolog suedez Astrand, care a arătat că există o corelație strînsă între cantitatea totală de hemoglobină și consumul maxim de oxigen. Există trei posibilități de a

lui sînge, care i-a fost prelevat cu cîtva timp înainte. Menționăm că vestitul fotbalist vest german Beckenbauer a folosit din plin această terapie. Efectele secundare ale autotransfuziilor sînt practic reduse la erori de etichetare sau la manipulări intempestive de laborator.

În ceea ce privește utilizarea diferitelor substanțe dopante cu efecte stimulative

COINCIDENȚE BIZARE

În anul 1906 scriitorul german Ștefan Zweig prezenta Teatrului Regal din Berlin drama sa în versuri intitulată „Tersit”. Piesa fiindu-i acceptată, în rolul lui Ahile este distribuit un bun amic al autorului, celebrul actor Adalbert Matkowsky. Sănătos pînă atunci, Matkowsky moare însă înainte de prima reprezentație, contractînd o răceală puternică.

La scurt timp, Joseph Kainz, considerat în epocă cel mai mare actor german, îi cere lui Zweig să-l distribuie în „Comedianul transformat”. Dramaturgul acceptă cu multă plăcere, încep repetițiile și... Kainz se prăpădește în timpul lor de un cancer rapid.

La cîtăva vreme după aceasta, Alfred Berger — directorul Burgtheater-ului berlinez, obține permisiunea autorului de a-i pune în scenă drama „Casa de la mare”. Se face o distribuție de zile mari, se execută decorurile și, cu cîteva zile înaintea primei repetiții, Alfred Berger moare și el pe neașteptate.

Impresionat de aceste coincidențe, terminînd în 1931 piesa „Mielul celor săraci”, Zweig refuză să-l distribuie în ea pe actorul italian Alexander Moissi, altă stea a scenei,

bun amic cu el. Se pare însă că ghinionul îl urmărea pe italian. Fiindcă în 1935 Ștefan Zweig este rugat să facă — pentru teatrul vienez — traducerea piesei „Non si sa mai”. Dramaturgul se achită conștiincios, iar Pirandello, directorul teatrului, îi încredințează, fără știrea lui Zweig, aceluiași Alexander Moissi, rolul principal. Repetițiile decurg normal, în timp ce mari afișe anunță pe străzile Vienei data și ora premierei spectacolului așteptat cu un deosebit interes de către iubitorii teatrului. Dovadă — toate cercurile oficiale, în frunte cu cancelarul Austriei, își rezervaseră din timp bilete. Dar mult așteptata premieră n-a mai avut loc deoarece, în preajma ei, Alexander Moissi moare și el, de gripă!

De la această ultimă întîmplare, scriitorul a refuzat cu strășnicie distribuirea prietenilor săi, considerînd că un destin inexorabil îi urmărește pe toți actorii amici cu el care îi joacă piesele.

Un ultim amănunt: celebru și bogat, cunoscut în toată lumea, în anul 1941 terminîdu-și de așternut pe hirtie memoriile — din care am selectat aceste coincidențe bizare — Ștefan Zweig își pune capăt zilelor într-un hotel brazilian.

Aurel CODREANU

asupra organismului sportivului, în special asupra reactivității funcțiilor sistemului nervos, administrarea acestor compuși înaintea concursurilor poate tulbura acuitatea intuitivă și poate împiedica evaluarea lucidă a efortului și a resurselor proprii, provocînd o suprasolicitare a organismului prin slăbirea auto-controlului cu urmări neprevăzute, uneori foarte grave. Adaptarea și evaluarea lucidă a efortului lipsește, iar capacitatea de mobilizare integrală în momentele decisive este grav afectată. Folosirea lor îndelungată sau supradozarea provoacă frecvent intoxicații acute și cronice.

Dopajul acut se caracterizează prin facies anxios, mi-driază, amauroză, stare de agitație psihosenzorială, amnezie, adinamie, dispnee, limbă lucioasă, transpirații reci, ochii înfundați în orbite, paloare etc.

Dopajul cronic (postdopajul) se datorează folosirii repetate a unui sau a mai multor dro-guri în scopul creșterii perma-

nente a performanței. Este periculos întrucît poate duce la o stare de oboseală cronică, insomnie, anorexie, stare de prostație, cu scăderea formei sportive. Apare dezgustul de alimentație și viață, apar tulburări vizuale și senzoriale. Ascunzînd starea de oboseală, ridicînd limita de efort, sportivul nu mai poate aprecia oboseala musculară și mentală, depășind granița dintre fiziologic și patologic. Folosirea substanțelor dopante duce la apariția de produși toxici de metabolism, care vor acționa asupra aparatului cardio-vascular, ficatului, rinichiului, organelor senzoriale, sistemului endocrin. Alt pericol este acela al morții subite în cursul competiției sau după aceasta. Falsa senzație de forță, scăzînd-o pe cea de oboseală, precum și senzația de randament superior pe care o dau substanțele dopante pot duce la starea de toxicomanie și la fenomene de dependență.

Problema dopingului rămîne acută și deschisă, indife-rent de definiție sau numărul

substanțelor incluse, deoarece s-a semnalat extinderea ei.

Existînd accidente mortale și degradări de ordin moral și intelectual în urma folosirii dopajului, problema capătă și un aspect medico-legal care implică intervenția forurilor sportive de specialitate în sensul luării unor măsuri pentru depistarea și combaterea dopajului. De aceea, atît Organizația Mondială a Sănătății cît și Comitetul Internațional Olimpic consideră că este necesar să se educe tineretul în sensul eticii sportive, căci deviza lui Pierre de Coubertin: CITIUS (mai repede), FORTIUS (mai puternic), ALTIUS (mai înalt) nu trebuie deviată de la sensul ei originar prin metode artificiale, degradante și periculoase.

În lumea sportului trebuie păstrată nealterată calitatea întrecerilor sportive dată, după opinia lui Coubertin, de „plăcerea înaltă de a fi participat și de a fi luptat cîștit pentru ea”.

Dr. Alexandru ȘTENC

JUBILEUL UNEI ACTIVITĂȚI PROFUND UMANITARE

— Deși în domeniul recoltării și conservării singelui, ca și în cel al transfuziei, au existat inițiative valoroase în țara noastră, de ce numai în 1949 s-a realizat înființarea unităților sanitare cu acest profil? Cu această întrebare a debutat interviul nostru cu dr. doc. VLAD APĂTEANU, directorul Centrului de hematologie — București.

— Medicina românească, așa cum se știe, s-a situat întotdeauna pe o poziție de avangardă în contextul științific european. Poporul român i s-a recunoscut întotdeauna un spirit viu, pătrunzător, deschis spre noutate și dornic de progres. Așa se explică faptul că prima încercare de transfuzie „om-om” în România, aparținând medicului de excepție care a fost Carol Davila, datează încă din anul 1853, cu mult înainte de anul 1900, când vinezul Landsteiner a descoperit grupele sanguine. După anul 1900, înțelegerea oportunității acestui act medical de mare eficiență terapeutică a dus la numeroase și valoroase inițiative, care, evident, veneau în primul rînd din partea chirurgilor, primii și cei mai direct interesați în această problemă. Dar pentru că practicarea transfuziei de singe impunea nu numai o procedură medicală lipsită de periculozitate (stabilirea unei perfecte compatibilități grupale și de factor Rh pentru evitarea accidentelor), ci și o pregătire psihologică corespunzătoare pentru donator și pentru primitor, primii pași în activitatea de recoltare și conservarea de singe destinat transfuziei au fost timizi și nu cu puține obstacule.

Meritoriile începuturi ale practicii transfuzionale și ale generalizării ei în țara noastră între anii 1939—1948 sînt legate de numele a numeroși medici. Astfel, în București s-au afirmat doctorii Virgil Ionescu (la Spitalul „Filantropia”), dr. Nandor Gingold (la Spitalul „Elias”), prof. Nicolae Nestorescu (la Centrul de recoltare și conservare a singelui al armatei), prof. dr. Marin Popescu și prof. Victor Gomolu. În același timp, prof. Ion Nicolau organizează la Iași un centru de recoltare, conservare și transfuzie de singe, iar dr. Aurel Nana și prof. Grigore Benetato, cu sprijinul Comitetului de Cruce Roșie din Sibiu (vicepreședinte — Veturia Ghibu), un centru cu același profil la spitalul militar din acest oraș. Aici se tipăresc și primele apeluri adresate populației pentru a dona singe în mod onorific.

Ulterior în România s-a subliniat valoarea incontestabilă a terapiei transfuzionale, necesitatea organizării în întreaga țară a rețelei transfuzionale, sub conducerea directă a Ministerului Sănătății; și, implicit, punerea bazelor științifice a unei intense și eficiente activități de recoltare și conservare de singe. Astfel, în anul 1949 se înființează la București Centrul național de recoltare și conservare a singelui, prin metodologic coordonator al tuturor unităților sanitare cu profil similar înființate în județele țării. Din acest moment și-au legat numele de dezvoltarea acestei activități personalități medicale valoroase, ca dr. doc. Vanghel Kondi, care i s-a dedicat, timp de peste 30 de ani; prof. dr. C.T. Nicolau, directorul Centrului de hematologie București între 1950 și 1967, devenit simbol a tot ce înseamnă în România hematologia și transfuzia



de singe; prof. dr. doc. C. Baci și doctorii Mihai Mihaiescu și Alexandru Theodorescu, susținători entuziaști ai activității transfuzionale în cadrul Ministerului Sănătății.

— Patru decenii de activitate oferă un valoros și amplu volum de inițiative și realizări. Care sînt, după opinia dv., cele de referință?

— O primă etapă a unui început nu lipsit de greutate în organizarea pe scară națională a activității transfuzionale și, implicit, a celei de recoltare și conservare a singelui, a constituit-o introducerea normelor științifice pe baza cărora să se desfășoare această activitate. Paralel, s-a dezvoltat serologia și cunoașterea grupelor sanguine, care au permis stabilirea unei compatibilități perfecte și înlăturarea unor eventuale accidente transfuzionale, precum și cunoașterea unor conservanți și a metodelor de utilizare a lor, ce conferă posibilitatea efectuării de transfuzii eficiente oriunde.

lata de ce orientarea transfuziologiei românești a fost axată de la început pe două direcții: a) efectuarea de studii asupra producției de seruri-test pentru determinarea grupelor de singe, studii amplificate de la an la an prin aprofundarea problemelor serologice de compatibilitate sanguină de finețe; b) efectuarea de studii asupra producției de derivate sanguine cu valoare diagnostică, terapeutică și profilactică (o mențiune specială pentru imunoglobulina anti-D, utilizată la scară națională în profilaxia bolii hemolitice a nou-născutului).

Evident, această activitate complexă a fost permanent condiționată de existența unei suficiente cantități de singe recoltat, obiectiv realizat cu consecvență prin mărirea planului de singe recoltat și prin instituirea unei mereu mai bune și mai diversificate metodologii de propagandă în favoarea donării. Trecerea, ulterior, la donarea onorifică de singe a putut fi realizată prin popularizarea și înțelegerea de către donatori nu numai a necesității actului donării, ci și a înaltului umanitarism pe care acesta îl incumbă. În

această activitate un rol determinant a fost acela al Societății române de Cruce Roșie, prin largul său activ voluntar. Un moment decisiv în practica transfuzională l-a constituit și trecerea, pe baza cercetărilor teoretice cu largă aplicabilitate practică, a modernizării tehnologiei transfuzionale, la activitatea de producție, fiind edificatoare lista invențiilor și inovațiilor ce poartă numele specialiștilor de la Centrul de hematologie București și nu de puține ori al celor de la C.R.C.S. județelor.

Aici se cuvine a fi menționate introducerea în practica curentă de asistență transfuzională a administrării de fracțiuni sanguine sau plasmă; realizarea pentru nevoile întregii rețele a reactivului de decelare a antigenului HBs, ceea ce a dus la reducerea remarcabilă a numărului de hepatite virale posttransfuzionale; introducerea în practica chirurgicală curentă a crioconcentratului de gamaglobulină antihefomofilică, ceea ce a făcut posibilă protejarea bolnavului de hemofilie etc.

O altă activitate importantă desfășurată de Centrul de hematologie în întreaga rețea a C.R.C.S. și a spitalelor țării noastre este cea didactică și metodologică,



mereu perfecționată și amplificată. În completarea și desăvîrșirea acestei activități se înscrie publicarea unor manuale de specialitate, semnate de prof. dr. doc. C.T. Nicolau, dr. doc. V. Kondi, dr. Nicoară, dr. S. Andronescu, dr. I. Marcu și subsemnatul. De asemenea, înființarea în toate județele a unor C.R.C.S. bine organizate, dispunând de local propriu, aparatură modernă și personal de specialitate, care desfășoară pe plan local ceea ce Centrul de hematologie realizează la scară națională.

— **La ce stadiu se află astăzi recoltarea și conservarea sîngelui în țara noastră și cum sînt apreciate pe plan mondial?**

— Recoltarea și conservarea sîngelui se efectuează astăzi în România conform tuturor parametrilor internaționali în domeniu, iar participarea specialiștilor noștri la diverse instruirii științifice internaționale de specialitate, precum și aprecierea de care se bucură, confirmă acest lucru.

— **Ce loc ocupă colaborarea cu Societatea de Cruce Roșie la realizarea cu bune rezultate a acestei activități importante pentru ocrotirea sănătății oamenilor?**

— Donarea onorifică de sînge constituie unul din obiectivele majore ale activității tuturor C.R.C.S., iar contribuția ei la ocrotirea sănătății populației este confirmată de numărul mare de transfuzii efectuate, ca și de bogata baterie de produse biologice derivate din sînge, solicitate de întreaga rețea de spitale și dispensare-policlinici, pentru valoarea lor confirmată ani de-a rîndul în laborator (ca reactivi), în terapie și în profilaxie.

Acțiunea de donare onorifică este azi un fenomen de masă la care o contribuție importantă în ultimii 40 de ani și-a adus Societatea de Cruce Roșie. Numărul donatorilor onorifici a crescut continuu, numai în pe-

rioadă 1945—1962 el înregistrînd o sporire de la 26 877 la 143 000 persoane. Această creștere s-a accentuat din 1972 procentul sîngelui recoltat pe cale onorifică de la 32% în 1972 la 94% în 1988. Din momentul constituirii primelor centre de recoltare și conservare a sîngelui, Crucea Roșie a acordat un sprijin constant atît prin asigurarea de spații corespunzătoare — cum s-a procedat în 1949 la Arad — cit și printr-o eficiență și neîntre-rupută muncă de propagandă și educație sanitară în favoarea donării onorifice de sînge, act de înaltă conștiință cetățenească. Numeroase broșuri, pliante și afișe au fost tipărite de Consiliul Național al Societății de Cruce Roșie pe această temă, numere speciale au fost dedicate de revista „Sănătatea” acestei probleme, iar în fiecare număr al publicației sînt prezente articole și reportaje pe această temă.

— **În ultima vreme se vorbește din ce în ce mai des despre autotransfuzie. Ce se înțelege prin acest termen și ce reflectare are asupra donării onorifice de sînge?**

— Autotransfuzia, adică transfuzia cu propriul sînge al bolnavului, reprezintă o tehnică de recoltare a sîngelui de la un pacient programat pentru o intervenție chirurgicală importantă, conservarea acestuia la frigider (la temperatura de la +4 pînă la +8°C pe o durată de 8—12 zile și administrarea lui prin transfuzii, (în timpul operației sau ulterior, în 1—2 zile după aceasta). Avantajele autotransfuziei sînt multiple: sîngele propriu nu expune la accidente transfuzionale de incompatibilitate serologică, nu poate transmite infecții virale (cum ar fi hepatitele infecțioase), nu provoacă imunități cu consecințe periculoase asupra viitorului pacientului respectiv. În plus, chirurgului îi oferă certitudinea respectării programului de operații, îndeosebi la bolnavii cu grupe sanguine mai rare, pentru care se găsește cu greu sînge compatibil. În același timp, donarea onorifică a sîngelui de către donatori voluntari sănătoși nu este cu nimic afectată de autotransfuzie, întrucît se consideră că numai 10—15% din bolnavii chirurgicali nu au contraindicații pentru această tehnică (hipertensiune arterială, boli cardiace, stări febrile, anemie, vene greu observabile, vîrstă etc.). În acest fel rămîn încă foarte mulți bolnavi care au absolută nevoie de sîngele donatorilor onorifici.

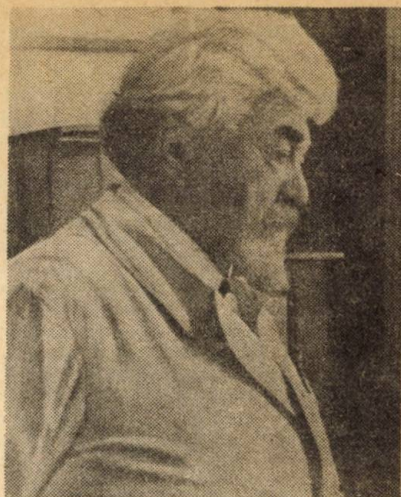
Terapia transfuzională este mult ajutată de autotransfuzie, care oferă o sursă suplimentară de sînge, ceea ce permite cruțarea stocurilor de sînge disponibil pentru accidente acute hemoragice sau intervențiile chirurgicale de urgență.

— **Ce perspective are transfuzia de sînge în țara noastră?**

— Ea va fi mereu necesară, pentru că spitalele vor trebui întotdeauna să îngrijească suferinzi de boli ale sîngelui, să opereze bolnavi cu afecțiuni chirurgicale sau accidentați. Sîngele artificial nu este încă o realitate de toate zilele și nu se întrevide că va acoperi toate cerințele plasmelor umane, ale leucocitelor sau trombocitelor din sîngele donatorilor voluntari sănătoși.

Sînt perspective care, la aniversarea a 40 de ani de la constituirea rețelei de recoltare și conservare a sîngelui din țara noastră, adevărat jubileu al unei activități profund umanitare, impun tuturor celor care muncesc în aceste unități sanitare să acționeze cu forțe sporite.

Anca DRĂGOI
cercetător științific
Centrul de hematologie București



Ultima fotografie a lui I. Cantacuzino (la 4 ianuarie 1934, cu 10 zile înainte de încetarea din viață). Membrii Comitetului Permanent al Oficiului Internațional de Igienă Publică din Paris, în fața sediului acestui organism, în mai 1933, după ultima ședință la care I. Cantacuzino a mai participat.

ION CANTACUZINO ȘI CRUCEA ROȘIE

Medic și naturalist prestigios, înzestrat cu o pasiune aparte pentru cercetarea științifică, umanist luminat și luptător social clarvăzător, Ion Cantacuzino a manifestat încă din anii tinereții o sinceră compasiune față de suferințele oamenilor. Animat de acest sentiment, crează în anul 1913 vaccinul antiholeric, combătând o epidemie periculoasă și oferind medicinei mondiale posibilitatea să studieze și să aplice în continuare „marea experiență românească”.

Era firesc ca acela care în tinerețe s-a alăturat mișcării socialiste iar în anii maturității s-a afirmat ca promotor al utilizării vaccinurilor în realizarea unei profilaxii eficiente să-și aducă o contribuție valoroasă și în mișcarea de Cruce Roșie. Ales, la 7 mai 1915, în conducerea Societății de Cruce Roșie a României, va deține această calitate până în ultima clipă a vieții. La 1 februarie 1917, când i se încredințează conducerea Directoratului serviciului sanitar civil și militar, are prilejul să colaboreze cu Crucea Roșie și să coordoneze activitatea spitalelor sale într-o perioadă în care, după cum aprecia ulterior, „spitalele noastre civile și militare au trecut prin foarte mari lipsuri”, dar, mai ales, să cunoască contribuția adusă de infirmierele ei voluntare, care, după opinia sa, „s-au purtat cu același curaj față de datoria de împlinit și față de moartea pe care trebuiau s-o înfrunte”.

Jugularea epidemiilor de tifos exantematic și de febră recurentă în Moldova eroicilor ani 1916 și 1917, unanim apreciată de contemporani (cunoscutul clinician Iuliu Hațieganu considera că I. Cantacuzino a fost „medicul curant al întregii națiuni române”), a contribuit la creștea

rea prestigiului său pe plan mondial și la numirea sa în fruntea unei Misiuni a Crucii Roșii române, trimisă în Franța în iunie 1918. Aici, împreună cu doctorii C. Ionescu Mihăiești, Emil Țupa, Marius Nasta, Ion Eftimescu și Eugenia Mateescu, se pune la dispoziția Ministerului de Război al Franței, acționează în combaterea epidemiilor din regiunea a XV-a a acesteia țări și conferențiază despre holeră și tifos exantematic la facultățile de medicină din Paris și Marsilia. Pentru modul exemplar în care a acționat Misiunea Crucii Roșii române, i se acordă „Medalia de Aur a Recunoștinței Franceze”.

În anii ce au urmat primului război mondial, I. Cantacuzino stabilește o trainică colaborare între Crucea Roșie și Societatea pentru profilaxia tuberculozei, pe baza căreia se organizează pentru copiii debili din familii modeste colonii de vacanță pe litoral și în localitățile montane. În 1923, în calitate de Comisar general al Expoziției Internaționale de Igienă de la Strasbourg, prezintă hărți cu spitalele Crucii Roșii române în primul război mondial, cu filialele și dispensarele acestora și cu echipele voluntare care acționau pentru combaterea malariei și tuberculozei, contribuind la cunoașterea pe plan mondial a preocupărilor acestei organizații.

O deosebit de importantă contribuție la dezvoltarea mișcării mondiale de Cruce Roșie și-a adus-o însă savantul român în anii 1924—1933. În aprilie 1924, Liga Societăților de Cruce Roșie hotărăște să țină o strinsă legătură cu Societatea Națiunilor, cu Oficiul Internațional de Igienă Publică de la Paris și cu organismele internaționale care contribuiau la promovarea igienei, pentru a participa la educația pentru igienă acolo unde era necesară. În acest scop, se propune desemnarea unei personalități care să reprezinte Liga în cadrul recentului constituit Co-

mitet permanent de igienă al Societății Națiunilor. În unanimitate este ales Ion Cantacuzino, membru al acestui comitet, membru fondator (din 1907) al Oficiului Internațional de Igienă Publică și membru al conducerii Crucii Roșii române.

În noua sa calitate, Cantacuzino reprezintă Liga la dezbaterile asupra aplicării Programului interguvernamental de igienă, al cărui principal consilier era considerat, asigurând o permanentă legătură a Ligii cu Societatea Națiunilor, necesară inițierii unor activități auxiliare ale Ligii Societăților de Cruce Roșie. Astfel, Liga încredințează Comisiei epidemice a Societății Națiunilor, la Varșovia, mari cantități de materiale sanitare, îmbrăcăminte ș.a. care trebuiau distribuite în scopul desfășurării campaniei contra tifosului exantematic. În urma Conferinței sanitare europene, desfășurată în 1923 la Varșovia, Liga contribuie cu 5 000 lire sterline la organizarea unui curs de perfecționare a personalului medico-sanitar, care urma să participe la campania antiepidemică din Polonia și Rusia sovietică. Modalitatea utilizării fondurilor puse la dispoziția Societății Națiunilor a fost stabilită de o comisie din care făceau parte reprezentanți ai celor două organisme internaționale, între aceștia fiind și Ion Cantacuzino. De asemenea, Liga a trimis o misiune de expertiză, la cererea Comisiei mixte de schimb a populației din Grecia și Turcia, în vederea acordării unui preaviz asupra stării sanitare a populației din aceste țări, misiune care a constat extinderea rapidă a bolilor contagioase. Toate aceste activități, discutate în Comitetul permanent de igienă al Societății Națiunilor, au confirmat utilitatea prezenței lui I. Cantacuzino, deținător al unei vaste experiențe în campaniile antiepidemice. Datorită lui, Liga a întreprins demersurile necesare în scopul ameliorării condițiilor sanitare în țările în care se acționa.

Foarte respectat, apreciat și iubit în cercurile Societății Națiunilor și ale Ligii Societăților de Cruce Roșie pentru contribuțiile pe care le aducea, savantul român a avut un rol de prim-plan în Comitetul de igienă al Societății Națiunilor datorită personalității, felului său de a fi apropiat față de toți, inteligenței vii și mereu interesată de nolle descoperiri și concepții originale, sensibilității sale față de toate suferințele. Modest ca în întreaga sa viață, Ion Cantacuzino refuză totuși prounirea de a conduce Comitetul de igienă al Societății Națiunilor în favoarea lui Ludwig Rajman, directorul medical al Secțiunii de igienă a acestui for internațional.

Valoroasă și importantă în evoluția mișcării mondiale de Cruce Roșie în perioada interbelică, activitatea desfășurată de Ion Cantacuzino în beneficiul Ligii Societăților de Cruce Roșie a fost puțin cunoscută de marele public din țara noastră. Deși în anul 1934 a apărut la București o amplă și interesantă lucrare intitulată „În amintirea profesorului I. Cantacuzino”, ea nu a inclus nici un material asupra acestei activități.

Și totuși, la 15 ianuarie 1934, o zi după încetarea din viață a savantului, în cadrul ședinței de doliu organizată de Societatea de Cruce Roșie a

României, inginerul Gh. Balș, președintele acesteia, menționa: „Crucea Roșie română are marea durere de a pierde pe unul din cei mai de valoare dintre membrii Comitetului său Central, pe prof. dr. Ion Cantacuzino. Activitatea acestui om de bine este prea cunoscută ca s-o mai pomenim aici, dar trebuie totuși amintit ajutorul, de altminterea firesc, ce l-a acordat Crucii Roșii în timpul războiului pentru întregirea neamului și modul strălucit cum a condus Misiunea Crucii Roșii române ce a fost trimisă în Franța în anul 1918 și pentru care am primit atunci mulțumirile atit ale Crucii Roșii franceze, cit și ale guvernului francez. Figura acestui mare savant, care a depus o muncă fără preget atit pe terenul științific, cit și pe cel al binelui obștesc, va rămâne de-a pururea vie în amintirea tuturor, iar pentru marea sa contribuție la opera Crucii Roșii îi aducem un pios omagiu și îi vom păstra o veșnică amintire”.

Cu același prilej s-a dat citire și unei emoționante scrisori primită din partea Secretariatului Ligii Societăților de Cruce Roșie, semnată de Ernest Swift: „Citesc în ziare, cu o mare emoțiune, știrea morții profesorului Cantacuzino și doresc a fi interpretul Secretariatului și al Ligii întregi, aducând Crucii Roșii române — care prenumăra pe profesorul Cantacuzino printre membrii Comitetului său Central — condoleanțele noastre cele mai sincere. Doliul care lovește Societatea dv. atinge, de asemenea, și Liga, căci nu va putea uita că profesorul Cantacuzino primise să o reprezinte în Comitetul de igienă al Societății Națiunilor cu care dînsul păstrase relațiuni foarte strînse și nu refuza nicodată de a pune în serviciul idellor care inspirau acțiunea Ligii înalta autoritate a numelui său și a prestigiului legat de lucrările sale științifice. Cu profesorul Cantacuzino dispăre o mare inteligență și un mare suflet. Pierderea sa va fi viu resimțită în lume și îndeosebi la Crucea Roșie, al cărui ideal l-a servit”.

Nicolae TURTURESCU

ȘTIAȚI CĂ...

... mestecînd o felie de țelină omul consumă mai multă energie decît kaloriile conținute de legumă?

... un om consumă anual circa o tonă de alimente, inclusiv lichide?

... în fiecare minut inspirăm șapte litri de aer?

... viteza aerului expulzat de un strănut este de 150 km/h?

... pentru un zîmbet folosim 17 mușchi iar pentru încrețirea frunții 43?

... într-o viață de 70 de ani inima bate de 3 miliarde de ori?

● Un nou antibiotic va fi fabricat din arbustul african *Aspilia*. El a fost imaginat de o echipă de cercetători englezi pornind de la constatarea că cimpanzeii folosesc frunzele acestui arbore, care îi apără de bacterii și ciuperci, ca și pentru a se trata de răni sau pentru dureri de stomac. Cercetătorii englezi au analizat comportamentul cimpanzeilor și au constatat că, din diferitele specii de *Aspilia*, aceștia folosesc doar trei. Din aceste trei specii urmează deci să se încerce prepararea noilor antibiotice.

● Agenția de presă „China Nouă” transmite că în provincia Yinjiang-Uigură s-a descoperit la o persoană o capacitate deosebită de a stoca și emite puterice impulsurile electrice. Astfel, de câte ori vine în contact cu un obiect metalic produce un soc electric. Specialiștii chinezi nu au putut elucida cauzele acestui ciudat fenomen.

● Psihologii britanici au pus sub semnul întrebării afirmația că femeile se tem de șoareci mai mult decât bărbații. Ei au dovedit printr-un experiment că lucrurile stau exact invers.

● În ultimii 10 000 de ani, mărimea dinților omului s-a redus practic la jumătate. Aceste date reies din compararea dentiției oamenilor preistorici cu cea a omului modern.

● Publicația moscovită „Literaturnaia gazeta” publică o statistică în ce privește numărul de gemeni născuți în ultimii ani în U.R.S.S. După cum notează săptămânalul, numărul gemenilor a crescut astfel încât dacă în 1980 s-au născut 38 100 de perechi de gemeni, în 1987 numărul acestora a ajuns la 45 100.

● „New England Journal of Medicine” atrage atenția asupra concluziei mai multor cercetători americani care consideră că unii viruși au devenit foarte rezistenți la medicația aplicată. Exemplul luat în studiu a fost cel al virusului herpesului — devenit rezistent la tratamentul tradițional.

● Un fenomen similar: virusul SIDA a devenit rezistent la AZT, singurul medicament aplicat până în prezent cu oarecare eficiență împotriva acestei maladii.

● Riscurile de a contacta un cancer al stomacului este mai redus la cei ce consumă ceapă și usturoi. Aceasta este concluzia Institutului oncologic din S.U.A., bazată pe o largă statistică. Oncologii americani amintesc, în plus, că consumul frecvent de ceapă și usturoi își dovedește eficiența în combaterea unor bacterii sau ciuperci ale tractului digestiv.

● În Japonia este în curs de proiectare un robot-chirurg de mărime microscopice. Introdus printr-o sondă în interiorul organismului uman, el ar urma să descopere leziunile, să extirpeze celulele canceroase și să efectueze și alte operații extrem de complexe.

● Un alt robot-chirurg, capabil să efectueze o intervenție de aplicare a unei proteze la șold se află în studiul specialiștilor de la

DIN PRESA

Universitatea din California. Se pare că producerea lui va fi absolut necesară dată fiind creșterea îngrijorătoare a numărului de persoane afectate de artroze grave în punctul în care femurul se articulează cu bazinul. Ceea ce s-a stabilit până în prezent este modul intervenției sale: introducând în femur un senzor pentru a explora osul, și trimițând imaginile respective unui computer, acesta va crea un model tridimensional, reproducând fidel femurul pe care trebuie să se opereze, model ce poate fi mărit oricât de mult pentru a se stabili cu exactitate tehnica și locul operației. Informațiile vor fi transmise robotului-chirurg care va acționa în consecință.

● Un medic olandez a descoperit de ce virusul gripei circulă cu mai mare frecvență în anotimpurile cu umezeală mai mare. Teoria sa este bazată pe un paradox: virusului nu îi prieste atmosfera umeză, dar iarna oamenii stau mai mult în spații închise iar virusului îi prieste temperatura uscată.

● Revista „L'Expression” aduce informații privind progresele înregistrate în biotehnologie. Între acestea, folosirea anticorpilor monoclonali sau sondelor de hidratare moleculară pentru detectia unor cantități infime de substanță ce urmează să fie analizată.

● Firul de păr s-a dovedit o adevărată „memorie” pentru consumul de medicamente și droguri. Astfel, în timp ce un test clasic pentru testarea heroinei, cocainei sau marijuanei din sânge nu este eficient decât în zilele următoare administrării drogului, în cazul analizei unui fir de păr (care crește cu 1,5 cm pe lună) se poate înregistra consumul de droguri pe perioada unui an sau chiar doi.

● Unor pacienți hipoacuzici li s-a implantat la Spitalul Universității din Jena (R.D. Germană) plăcuțe din ceramică pentru a reface contactul dintre cele două segmente ale urechii, care este deseori distrus în cazul unei otite. După cum informează agenția ADN, materialul, realizat la un centru specializat din Jena, se distinge printr-o mare compatibilitate cu țesuturile și este rezistent la coroziune.

● Se pregătește și un nou medicament pentru cardiaci. Materia primă o constituie de această dată... meduzele care elimină o substanță ce pare a avea efecte stimulante asupra inimii.

● În cadrul unui colocviu al American Diabetes Associations s-a comunicat că anumite virusuri sînt intricate în apariția dia-

INTERNAȚIONALĂ

betului insulinodependent (juvenil), explicat pînă în prezent doar prin factori ereditari. O statistică preluată și de revista „Science et Avenir” atestă că factorii ereditari sînt prezenți doar în 40 la sută din cazuri.

● După „Science News”, o nouă lentilă ideală este pe cale să fie pusă la punct de un biolog american care a cercetat ani în șir ochii unor viețuitoare care trăiesc la mari adîncimi în mări și oceane.

● La Centrul de cercetări clinice de la Institutul de Tehnologie din Massachusetts s-a întreprins un studiu asistat de calculator privind tulburările de comportament alimentară ale obezilor moderați (20—30 la sută peste greutatea ideală) și ale obezilor grei (40—80 la sută peste greutatea ideală). Urmărindu-se obiceiurile alimentare ale subiecților s-a constatat că în timpul meselor comportamentul lor alimentară este normal. Astfel, la cele trei mese, de dimineață, prînz, seară, ei absorb circa 1 940 calorii pe zi. Totuși, spre sfîrșitul după-amiezii și începutul serii ei încep „să ronțăie” ceva, adăugînd astfel 800 de calorii și chiar mai mult la consumul cotidian. S-a descoperit, de asemenea, că pacienții subestimează permanent ceea ce mîncă așa-zis „în fugă” în timpul zilei; înghițite repede, aceste alimente sînt ușor uitate, ele nu contează. Or, pentru persoanele obeze, „ronțăitul” și mîncatul „în fugă” contează, deoarece ele constituie peste 30 la sută din aportul caloric cotidian. În plus, aproape toate alimentele „ronțăite” conțin multe glucide... S-a tras concluzia că nevoia obezilor de a-și suplimenta aportul alimentară la sfîrșitul după-amiezii și începutul serii ar evidenția o perturbare a mecanismului de retroacțiune care indică creierului că organismul a absorbit glucide; s-ar putea — au mai presupus cercetătorii — ca acești indivizi să simtă nevoia să mînce mai multe glucide nu pentru că le este foame, ci pentru că aceste alimente le îmbunătățesc starea... afectivă.

● După cum informează „L'Unita”, un miner din Knoxville (Tennessee — S.U.A.), în vîrstă de 71 de ani, a suferit un stop cardiac. Constatînd că pacientul nu mai avea nici puls nici reacții neurologice, medicii au scos din funcție aparatul de reanimare folosită pînă atunci, anunțînd moartea pacientului. Familia organiza înmormîntarea, cînd o infirmieră a observat că „mortul” respiră. Asistat din nou în funcțiile cardiace și respiratorii, John Barnett și-a redobîndit treptat forțele. Medicii nu au reușit să explice fenomenul.

● Un virus de tip SIDA a fost identificat la

feline în urma cercetărilor efectuate la Universitatea Massey din Noua Zeelandă. SIDAF (sindromul imunodeficienței dobîndite la feline) provoacă prăbușirea sistemului imunitar expunînd organismul pisicii la infecții și boli. Printre simptomele bolii se înscriu pierderea în greutate, infecții cronice bucale și nazale și diaree. Boala se transmite prin bătăile dintre pisici. SIDAF a fost izolat pentru prima dată în S.U.A. în anul 1988, teste pozitive la anticorpi fiind înregistrate în Europa și Australia. Specialiștii sînt de părere că SIDAF nu prezintă pericol pentru oameni.

● Specialiștii francezi, informează „Science et Vie”, au efectuat cu ajutorul spectrometrului cu rezonanță magnetică (SRM) analiza chimică a oboselii. Aceasta a permis să se stabilească faptul că în cazul oboselii pur fizice care rezultă, de exemplu, din alergare, crește treptat conținutul unui produs al metabolismului — fosfatul monovalent. Acest fenomen nu se produce în cazul oboselii nervoase, care rezultă, de exemplu, dintr-o zi de muncă a unui intelectual. De altfel, s-a constatat că atunci cînd i se cere unui intelectual obosit după o zi de muncă să execute un exercițiu fizic, mușchii săi răspund în mod optim. S-a dovedit, așadar, că oboseala nervoasă nu este identică cu oboseala fizică. Rămîne să mai aflăm pentru ce ne simțim, totuși, obosiți după o zi de muncă la birou.

ȘTIAȚI CĂ...

... un fumător are o șansă de circa 3 ori mai mare de a fi afectat de infarct miocardic decît un nefumător?

... viteza de creștere a calculilor biliari este de 2,6 mm pe an? Aceasta este concluzia unui studiu de specialitate publicat de revista italiană „Corriere della Sera” — care adaugă că manifestările clinice nu apar mai devreme de doi ani de la începutul formării calculilor. La rîndul lor, colicile propriu-zise apar numai după opt ani.

... mineralele din organism, cum sînt calciul și fosforul, oscilează cantitativ, în funcție de oră? Cronobiologii arată că la ora 11 dimineață procentul de calciu din organism este cel mai scăzut.

ÎN CĂUTAREA LIGANȚILOR INTERNI

După ce L. Terenius și S.H. Snyder au descoperit, prin 1970, receptorii morfinici, cercetătorii și-au pus întrebarea dacă nu cumva natura a creat acești receptori celulari pentru niște substanțe endogene sintetizate de organism.

Astfel a apărut concepția ligantului intern. Adică a apărut concepția după care trebuie să existe niște substanțe endogene capabile să fie recunoscute și să acționeze asupra acestor receptori. Și, după numai cîțiva ani, în 1975, J. Hugens și H. Kosterlitz descoperă liganții interni ai receptorilor morfinici pe care i-a denumit enkefaline. Ele sînt niște polipeptide sintetizate de către sistemul nervos, capabil să-și producă deci propriile lor substanțe analgezice.

Și s-au descoperit două enkefaline: metionin-enkefalina și leucin-enkefalina, care diferă doar prin aminoacidul lor terminal. Metionin-enkefalina este formată din tirozina — glicină — glicină — fenilalanină — metionină, iar leucin-enkefalina este formată din tirozina — glicină — fenilalanină — leucină.

Morfina și enkefalinele reușesc să acționeze asupra aceluiași receptor celular, deoarece cu toată deosebirea lor chimică, morfina fiind un alcaloid cu nucleu fenantic, iar celelalte niște polipeptide, ele au totuși o conformație spațială foarte asemănătoare și aduc, deci, o informație moleculară foarte asemănătoare, capabilă de a fi recunoscută de aceiași receptori celulari.

Un an mai târziu, adică în 1976, A. Goldstein și apoi R. Guillemin descoperă în hipofiză și alți liganți interni ai receptorilor morfinici, pe care i-a denumit endorfine.

Endorfinele sînt și ele niște peptide, însă ceva mai complexe decît enkefalinele. Pînă acum s-au descoperit trei endorfine și anume: alfa-endorfina, formată din 16 aminoacizi (treonina - glicina - glicina - fenilalanină - metionină - treonina - serina - glutamina - cisteina - serina - glutamina - treonina - prolina - leucina - valina - treonina); beta-endorfina, formată din 31 de aminoacizi (treonina - glicina - glicina - fenilalanina - metionina - treonina - serina - glutamina - cisteina - serina - glutamina - treonina - prolina - leucina - valina - treonina - leucina - fenilalanina - elizina - asparagina - alanina - izoleucina - izoleucina - lizina - asparagina - alanina - histidina - lizina - lizina - glicina - glutamina) și gama-endorfina, formată din 17 aminoacizi (treonina - glicina - glicina - fe-

nilalanina - metionina - treonina - serina - glutamina - cisteina - serina - glutamina - treonina - prolina - leucina - valina - treonina - leucina). Ca și în cazul enkefalinelor, nici endorfinele nu se deosebesc prea mult între ele, deoarece atît alfa, cît și gama-endorfina sînt formate din primii 16 și respectiv primii 17 aminoacizi ai moleculei de beta-endorfina, care mai conțin și o moleculă de met-enkefalina, reprezentată de primii cinci aminoacizi.

Endorfinele derivă și ele dintr-o moleculă mai mare. R.E. Mains a arătat că cei 31 de aminoacizi ai beta-endorfinei pot fi găsiți într-o moleculă mai mare, descoperită de C.H. Li în hipofiză, moleculă denumită beta-lipoproteină. Aceasta din urmă este cuprinsă și ea într-o moleculă ceva mai mare, formată din 134 de aminoacizi, denumită pro-opioid-cortina, deoarece prin clivarea ei se ajunge la metionin-enkefalina, beta-endorfina, hormonul corticotrop sau ACTH și hormonul melanostimulent sau MST.

Cu ajutorul metodelor radioizotopice s-a constatat că enkefalinele sînt mai răspîndite în măduva spinării, hipotalamus și sistemul limbic, iar endorfinele sînt mai răspîndite în hipotalamus și substanța priapeductală, care controlează transmiterea semnalelor dureroase.



Dar acțiunea analgezică a opioidelor endogene nu este singura și nici cea mai importantă acțiune a lor, ele avînd și o importantă acțiune în reglarea comportamentului și a afectivității. Ele au efecte anxiolitice și euforizante, fapt demonstrat atît direct, prin injectarea de endorfine, cît și indirect, prin injectarea de nolaxon, care este un antagonist al endorfinelor.

Fenomenele sînt însă mult mai complicate deoarece nu toate endorfinele au aceleași efecte centrale și periferice (vz. tabel).

După cum se vede pe tabel, în timp ce unele opiacee endogene sînt sedative și anxiolitice, altele produc, dimpotrivă, o stare

TABEL

ACȚIUNEA FIZIOLOGICĂ A DIFERITELOR ENDORFINE ȘI KEFALINE

Efecte	Endorfine			Enkefaline	
	alfa	beta	gama	met.	leu.
Analgezice	față	corp	—	da	?
Comportament	sedare	catatonie	agitație	sedare	agitație
Învățare	↑	↑	↓	?	?
Temperatură	↓	↓	↑	↑	↓
Prolactină	↓	↑	↓	↑	↓
Tensiune arterială	↓	↓	↓	↑	?
Relaxare musculară	da	da	da	da	da

de agitație și de disconfort psihic. Desigur că toate sînt sintetizate de creier pentru a-și regla, într-un fel sau altul, propria lui activitate. De aceea, în condiții de stres, adică de suprasolicitare, odată cu creșterea secreției de ACTH și de catecolamine, creierul secretă, după cum au arătat foarte mulți autori, și o cantitate mai mare de endorfine și de enkefaline. Acest lucru este ușor de înțeles dacă avem în vedere că endorfinele și ACTH provin din același precursor comun.

Endorfinele eliberate în timpul stresului ar avea rolul nu numai de a combate durerea, ci și de a seda, de a liniști organismul prin mijloace proprii. Eliberate în cantitate prea mare, ele pot avea, desigur, și efecte negative, deoarece produc scăderea tensiunii arteriale și deprimă centrul respirator. Alcoolul determină și el creșterea secreției de endorfine. De aceea s-au obținut efecte bune în combaterea intoxicației alcoolice cu nola-xon.

După ce s-au descoperit însă liganții interni ai receptorilor morfinici, cercetătorii au început să caute și alți liganți interni. Se știe, spre exemplu, că pentru a combate anxietatea, destul de frecvent întîlnită în practica medicală, medicul trebuie să prescrie niște substanțe anxiolitice, iar printre acestea un loc deosebit îl ocupă benzodiazepinele, așa cum sînt diazepamul, oxazepamul, metazepamul, nitrazepamul și altele.

Cercetîndu-se modul în care acționează aceste substanțe, s-a constatat că ele acționează, ca și alte multe substanțe, asupra unor receptori celulari. Mai întîi s-a crezut

că ele acționează asupra receptorilor GABA, adică asupra receptorilor acidului gama-amino-butiric, care este un mediator sinaptic. În acest caz ar fi trebuit ca acidul gama-amino-butiric să fie liganțul intern al receptorilor benzodiazepinici, care să aibă proprietăți anxiolitice. S-a constatat însă că deși, spre deosebire de ceilalți mediatori sinaptici, acidul gama-amino-butiric produce repolarizarea membranei neuronale, el nu are efecte anxiolitice. Ulterior s-a constatat că nici receptorii GABA nu sînt, de fapt, identici cu receptorii benzodiazepinici. Deși sînt legați de receptorii GABA, receptorii benzodiazepinici nu sînt identici cu aceștia. De aceea s-au desfășurat în continuare eforturi pentru identificarea receptorilor benzodiazepinici, iar pe de altă parte pentru descoperirea liganțului lor intern, care ar trebui să fie anxioliticul natural.

În ceea ce privește receptorii benzodiazepinici problemele au devenit mai clare. Dar liganțul intern al acestor receptori nu a fost încă descoperit.

Desigur că așa cum se caută agonistii și antagonistii unor receptori celulari, cum sînt substanțele care acționează asupra receptorilor catecolaminici și receptorilor histaminici, se caută și liganții interni și ai receptorilor asupra cărora acționează diferitele medicamente. Și acești liganți interni ar reprezenta niște medicamente mult mai fiziologice decît substanțele străine de organism, pe care trebuie de multe ori să le adminis-trăm.

Dr. Adrian RESTIAN

ÎNȚEPRINDEREA COMERCIALĂ DE STAT PENTRU ALIMENTAȚIA PUBLICĂ — IAȘI VĂ OFERĂ:

● **Produse culinare și preparate pentru mese festive organizate la domiciliu.** Acestea se livrează, pe bază de comandă, la restaurantele: „Podu Roș”, „Teiul”, „Lacto-vegetarian” și „Expres Central”.

● **Produse de patiserie și cofetărie** (prăjituri, torturi, fursecuri, pateuri, bușeuri ș.a.), pe bază de comandă, la unitățile: „Opera”, „Amandina”, „Scala”, „Bucegi”, la patiseriile „Moldova” și „Rodna” precum și la restaurantul „Select”.

● **Consultații tehnice la cerere,** privind prepararea meniurilor, a unor specialități de bucătărie, cofetărie și patiserie. Consultațiile se acordă de maiștri în arta culinară, zilnic, între orele 16 și 18, la unitățile noastre etalon:

- Restaurantele „Select” și „Doina”,
 - Cofetăriile „Opera”, „Amandina” și „Scala”.
- **Veselă și tacături de închiriat pentru**

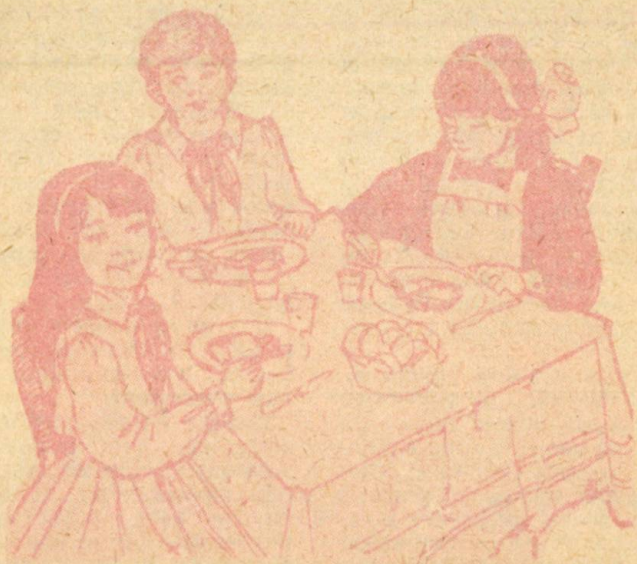
mese festive.

Nu uitați! Folosind serviciile oferite de unitățile noastre, realizați însemnate economii bănești și de timp.

Pune la dispoziția consumatorilor meniuri-pensiune în restaurantele: „Select”, „Bucegi”, „Cina”, „Podu Roș”, „Cotnari”, „Miorița”, „Familiar”, „Dorna”.

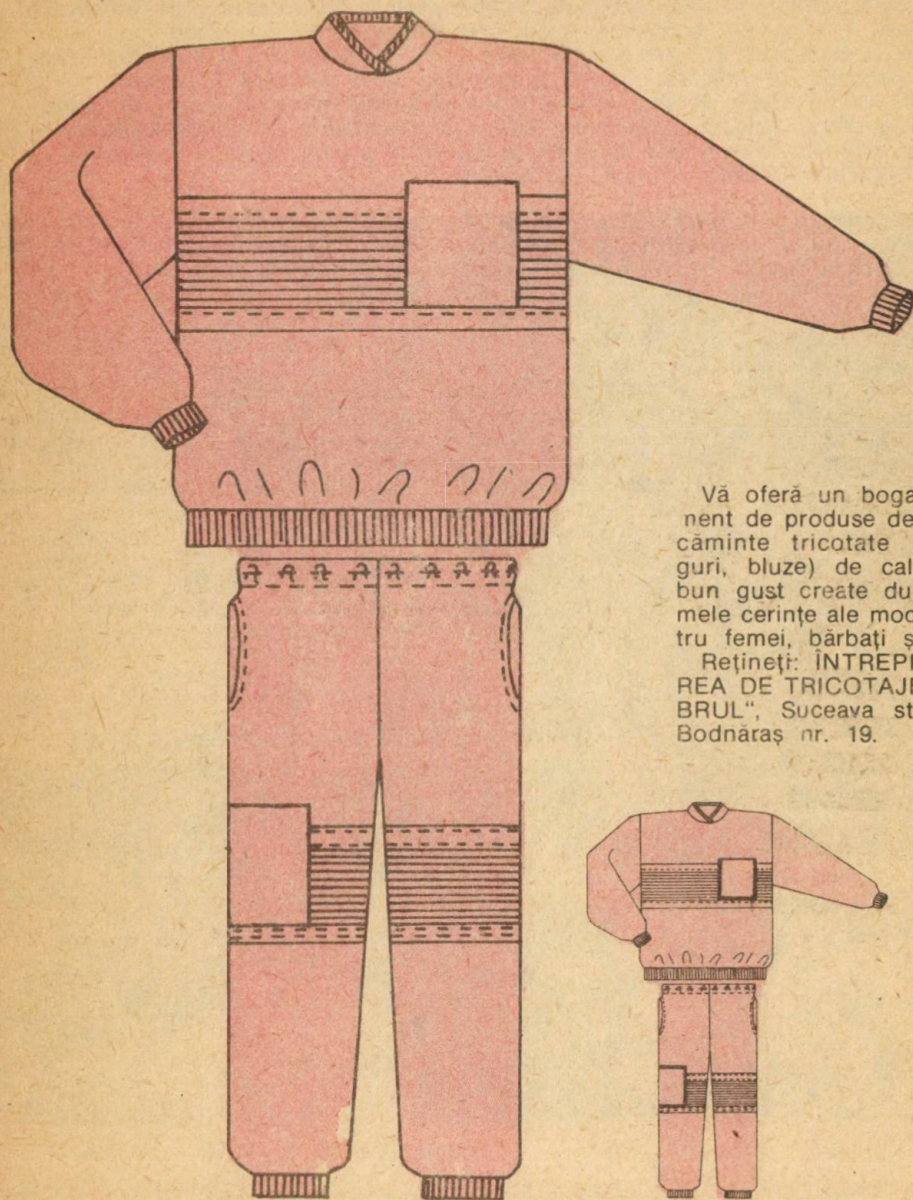
Copii și elevi! Restaurantul „Familiar” și patiseriile „Podu Roș” și „Stejar” au amenajate pensiuni pentru voi, unde zilnic puteți servi meniul preferat la prețul de 12 lei.

Stimați consumatori, vă invităm să petreceți o seară plăcută la restaurantele: „Select”, „Cina”, „Dunărea”, „Doi Cocoși”, „Bolta Rece”, „Bucegi”, „Parc”, „Dorna”, „Cotnari”, „Podu Roș”. Aceste unități dispun de saloane modern amenajate și intimizate, oferindu-vă un mediu ambiant propice destinderii.



Întreprinderea comercială de stat pentru alimentația publică — Iași
Str. Max Wexler nr. 19, tel. 981/15344, 42310

ÎNTREPRINDEREA DE TRICOTAJE „ZIMBRUL” SUCEAVA



Vă oferă un bogat sortiment de produse de îmbrăcăminte tricotate (trenuri, bluze) de calitate și bun gust create după ultimele cerințe ale modei pentru femei, bărbați și copii.

Rețineți: ÎNTREPRINDEREA DE TRICOTAJE „ZIMBRUL”, Suceava str. Emil Bodnăraș nr. 19.

ÎNTREPRINDEREA DE TRICOTAJE „ZIMBRUL” SUCEAVA

Noi parfumuri deodorante NIVEA



Noul parfum deodorant SIC, realizat de Întreprinderea de produse cosmetice NIVEA din Braşov, este destinat igienei zilnice a femeii. Parfumarea acestui produs este florală, cu note distinse, elegante, expresie a caracteristicilor şi personalităţii celei care îl foloseşte, conferindu-i un plus de graţie şi feminitate.

Parfumul deodorant SIC are o puternică acţiune de deodorare şi antimicrobiană, ultima deosebit de ridicată datorită principiului activ pe care îl conţine.

Prezentat în flacoane de sticlă matisată, inscripţionate serigrafic cu o grafică plăcută şi modernă, parfumul deodorant SIC este pulverizat cu o pompă mecanică. Aceasta asigură o dispersare fină; după folosire pompa poate fi reutilizată la rezervele de parfum deodorant SIC sau RONIV.



RONIV

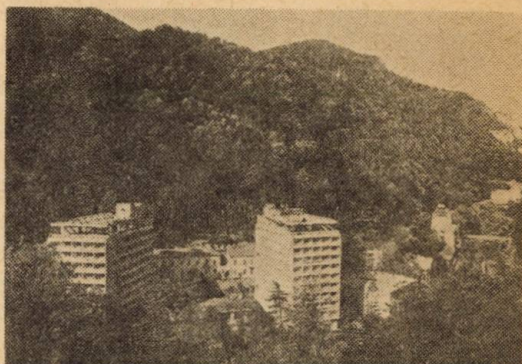
Noul parfum deodorant RONIV completează cu succes gama de produse cosmetice destinate igienei zilnice a femeilor şi bărbaţilor. Principiul activ pe care îl conţine noul produs NIVEA îi conferă o puternică acţiune deodorantă, antiseptică şi antisudorifică.

Parfumul deodorant RONIV este prezentat în flacoane de sticlă matisată, prevăzute cu o pompă mecanică. Aceasta poate fi refolosită la rezervele de parfum deodorant SIC şi RONIV.



CURELE BALNEARE PROFILACTICE

— interviu cu dr. Tudor SBENGHE, medic primar la Institutul de medicină fizică, balneologie și recuperare medicală din București —



— În scopul realizării conceptului „medicinii omului sănătos”, balneologia românească a inițiat curele balneare profilactice. Ce a determinat această inițiativă?

— În primul rând preocuparea de a opri apariția bolilor aparatului cardiovascular și locomotor, precum și a morbidității cauzată de ele prin adoptarea de măsuri care asigură profilaxia primară și combaterea factorilor de risc ce pot duce la apariția acestor boli cronice. În al doilea rând preocuparea deosebit de importanță ca odată apărute aceste boli cronice să fie oprită evoluția lor și posibilitatea instalării unor complicații, adică realizarea profilaxiei secundare.

— Cine sînt beneficiarii curelor balneare profilactice?

— De fapt, persoanele sănătoase, dar care acumulează prin comportamentul lor, prin viața pe care o duc, prin activitatea profesională pe care o desfășoară și prin prezența unor suferințe considerate minore, elementele ce pot dezvolta o boală care să ducă spre crearea unor deficite funcționale. De exemplu, pentru reumatici, factorii de risc sînt: pozițiile defectuoase de lucru, încărcarea ponderală (obezitatea), lipsa exercițiilor fizice, care să întrețină suplețea articulațiilor și tonusul muscular normal, expunerile la frig ale organismului dezadaptat la excitantul rece și la mici tulburări musculo-articulare (dureri sau redori temporare) care trec neobservate. Dar factori de risc sînt în cazul reumatismului și inegalitatea de lungime a membrilor sale inferioare (deficiență cu care s-a născut), curbările anormale ale coloanei dorsolombare etc. În cazul bolnavului cardiovascular factori de risc care pot genera și agrava o ateroscleroză sînt: fumatul, obezitatea, sedentarismul, comportamentul agitat, colesterolul crescut în sine etc.

— Ce factori utilizează în stațiuni curele

balneare profilactice?

— În general, aceste cure utilizează climatul (sub forma unei climatoterapii active), apele minerale (sub forma băilor la cadă sau în bazine mari și sub forma crenoterapii, adică a curei interne, lacurile terapeutice (pentru imersie și înot), nămolul terapeutic (pentru împachetări generale). Dar și dieta alimentară, precum și mișcarea sub toate formele ei: gimnastica (în sala de cultură fizică medicală) hidrokinetoterapia și înotul (în bazinele în aer liber sau în cele din incinta hotelurilor de cură și sanatoriilor), cura de teren (în perimetre amenajate special), drumețiile și excursiile organizate.

— Cu ce durate și periodicitate, în ce anotimpuri și stațiuni pot fi efectuate curele balneare profilactice și care sînt principiile de care trebuie să se țină seama în efectuarea lor?

— Duratele sînt variabile în funcție de indicația medicală, curele balneare profilactice fiind organizate pe module de (7, 14, 21 de zile). Ele poartă și apelativul „active”, pentru a le deosebi de curele obișnuite de odihnă de 12 zile, organizate în stațiunile climaterice și de odihnă din țara noastră. Se pot desfășura în tot cursul anului, este bine să fie repetate și pot fi efectuate în stațiuni balneare ca: Herculan, Eforie Nord, Mangalia, Felix, Călimănești-Căciulata, Geoagiu, Moneasa, Sovata etc.

În ceea ce privește principiile, este bine să se știe că o astfel de cură nu poate avea eficiență decît dacă se vor respecta cu strictețe programul și procedurile recomandate, și dacă, la întoarcerea acasă, se repetă toate recomandările primite de la medicii din stațiune, în raport de afecțiune și starea pacientului.

— Vă mulțumim pentru amănunțele oferite.

Nicolae TURTURESCU

Tradiție, Experiență, Profesionalism

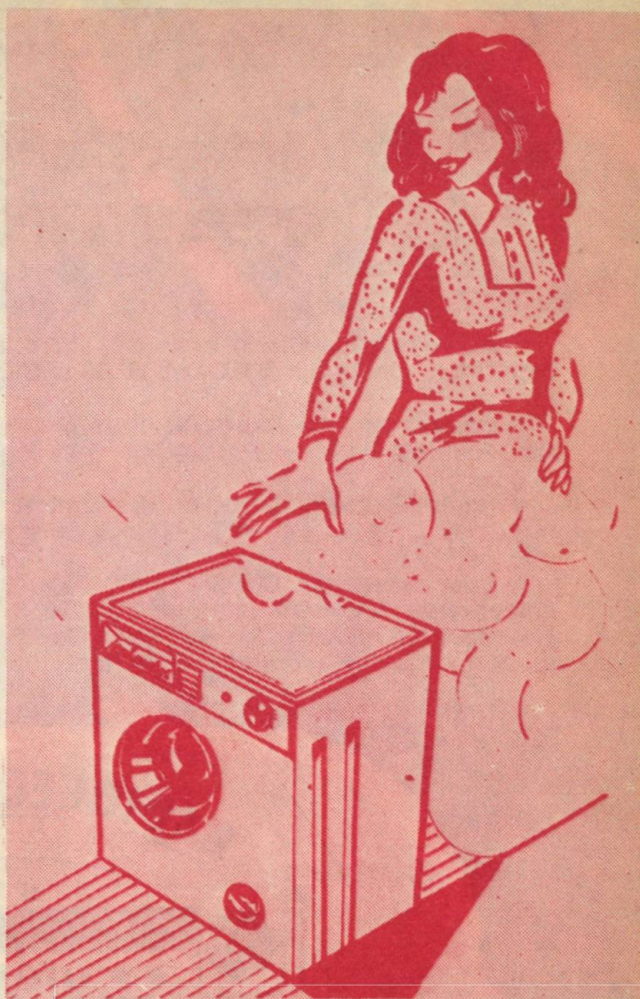


O formulă modernă de transport

HEAD OFFICE BUCHAREST — OTOPENI AIRPORT
16,5 KM București-Ploiești Road.
TELEX 1181 AIRBUH R TELEPHONE: 33 31 37

Practice, utile și necesare în orice gospodărie
MAȘINILE AUTOMATE DE SPĂLAT RUFEE

automatic automatic super



Recom

Primele tipuri de mașini automate de spălat rufe produse în țara noastră - AUTOMATIC și AUTOMATIC SUPER - oferă următoarele avantaje demne de reținut față de mașinile cu pulsator:

- Calitate sporită a spălării, asigurată de numărul mare de programe de spălat - la AUTOMATIC 12 programe iar la AUTOMATIC SUPER 16 programe - adecvate tuturor sortimentelor de rufe.

- Manevrare ușoară și simplă.
- Consum rațional de energie electrică.
- Siguranță în exploatare.
- Uzură redusă a rufelor.
- Executare, pe baza programării, a numeroase operații (prespălare, spălare, limpezire, stoarcere) și a unor tratamente speciale (apretare, albăstrire, înălbire, parfumare).

Toate aceste avantaje confirmă aprecierea specialiștilor și a tuturor gospodinelor care folosesc mașinile automate de spălat rufe AUTOMATIC și AUTOMATIC SUPER că ele sînt practice, utile și necesare în orice gospodărie modernă.

Totodată, ele preiau o mare parte din efortul depus de gospodine cu ocazia spălării manuale a rufelor, creîndu-le posibilitatea nu numai de a nu se mai obosi dar și a folosi timpul liber dobîndit într-un mod cit mai plăcut.

MODERNE, FUNCȚIONALE, UTILE

RADIORECEPTOARELE STAȚIONARE

O companie plăcută în orele dv. libere, acasă, iată ce vă oferă radioreceptoarele staționare **MILCOV**, **DUO** și **CLUB-01** cu următoarele date tehnice.

- **Radioreceptorul MILCOV:** două game de undă (UL și UM); alimentarea asigurată de 4 baterii R20 (4x1,5 V) sau la rețea de 220 V/50 Hz; preț: 600 lei.

- **Radioreceptorul DUO:** două game de undă: (UL și UM); alimentarea asigurată de 4 baterii R20 (4x1,5 V) sau la rețea de 220 V/50 Hz; preț: 600 lei.

- **Radioreceptorul CLUB-01:** patru game de undă: (UL, UM, US, UUS); alimentarea asigurată la rețea de 220 V/50 Hz; preț: 1 300 lei.

Rețineți! Radioreceptoarele **MILCOV**, **DUO** și **CLUB-01** se găsesc în toate magazinele comerțului de stat.

RADIORECEPTOARE

CLUB 01

DUO

MILCOV

STAȚIONARE

Recom



SOVATA

10 informații utile despre

● Situată pe malul drept al cursului superior al Tîrnavei Mici, în depresiunea Praid-Sovata de la vest de masivul muntos vulcanic Gurghiu, la altitudine de circa 590 metri și înconjurată de bogata vegetație a pădurilor, stațiunea balneoclimaterică Sovata are aspectul unui parc natural.

● **Cura balneară este recomandată în următoarele afecțiuni:**

- ale aparatului genital feminin (colpitate și cervicite cronice; vulvovaginite cu tendințe de cronicizare; leucoree neinfecțioasă; metroanexite cronice după 3 luni de la ultimul puseu evolutiv; celulite pelviene; sterilitate feminină etc.);
- ale aparatului locomotor (boli reumatismale degenerative, inflamatorii și abarticulare);
- posttraumatice (artroze ale membrelor superioare și inferioare; leziuni post-traumatice ale țesuturilor moi);
- neurologice periferice și alte afecțiuni asociate.

Curele balneare la Sovata se diferențiază în 3 grupe: profilactice, terapeutice și de recuperare medicală.

● **Factorii naturali de cură ai stațiunii: apa minerală** (clorurată sodică, de mare concentrație a lacurilor, cu fenomenul de helioterme), **nămolul terapeutic** (de tip sapropelic), **bioclimatul sedativ, de crutare.**

● **O modernă bază de tratament** cu 6 secții (cu apă clorurosodică, nămol, hidroterapie, electroterapie, masaj și cultură fizică) funcționează în hotelul de cură „Sovata”, de care sînt legate prin culoare închise și încălzite hotelurile „Aluniș”, „Brădet”, „Căprioara” și „Făget” din jurul ei. De asemenea, **baze de tratament la Lacul Ursu și Lacul Negru.**

● **În scop profilactic și terapeutic se aplică tratamente asociate** (cu acupunctură, Gerovital, Aslavital, Boicil, Pell-Amar).

● **Condiții confortabile de cazare și masă sînt asigurate în hoteluri moderne** (cca 1 250 locuri), vile (2 400 locuri), popasuri turistice (cca 350 locuri), restaurante și pensiuni.

● **În timpul liber stau la dispoziția vizitatorilor: ștranduri naturale, piscină** (la hotelul „Brădet”), terenuri de tenis, o instalație de „baby-schi”, bibliotecă orășenească, discotecă și cinematograful.

● **Plimbări în stațiune, drumeții și excursii în împrejurimi la Praid, Corund, Reghin, Sighișoara și Tg. Mureș se organizează de biroul de turism local.**

● **Biletele pentru odihnă și tratament se pot procura prin:** sindicate, oficiile județene de turism și filialele lor, ITHR București, Agenția de Turism Constanța, Biroul de Turism pentru Tineret sau direct de la dispacheratul de cazare din Sovata (str. Trandafirilor nr. 111, telefon 954/78258).

BĂILE HERCULANE

O stațiune mereu
tînără și valoroasă

Cea mai veche dintre stațiunile balneoclimatice românești - după cum dovedesc cei 1836 ani de atestare documentară -, Băile Herculane se caracterizează prin factori naturali de cură aparte.

Clima blîndă, cu nuanțe mediteraneene, aer-ionizarea negativă (2 000 de ioni negativi pe cmc), cu efecte favorabile asupra organismului și apele minerale termale (cu temperatura între 41 și 60 grade C), cu o mineralizare ridicată, care folosite în cură externă sau internă exercită o acțiune favorabilă asupra metabolismului și au o mare eficacitate în numeroase afecțiuni.

Băile Herculane au ca profil dominant cura în afecțiunile aparatului locomotor: reumatism cronic degenerativ (artroze, poliartroze, spondiloze), reumatism cronic inflamator; boli ale sistemului nervos periferic (inclusiv complicațiile discopatiilor vertebrale); sechele după traumatisme ale aparatului locomotor; miozite, tendinite și sinovite cronice. Dar în stațiune se pot trata și boli asociate ale aparatului locomotor: afecțiuni cronice ginecologice și ale căilor respiratorii superioare; afecțiuni digestive; diabet zaharat; obezitate, precum și afecțiuni oftalmologice (blefaro-conjunctivită cronică).

Cei veniți la cură beneficiază de moderne baze de tratament, unele chiar în „hotelurile de cură” „Diana”, „Afrodita”, „Hercules”, „Decebal”, dotate cu instalații de electroterapie, hidroterapie, kinetoterapie, saună. De asemenea, de tratamente cu acupunctură și Pell-Amar. În afara cabinetelor medicale de consultații funcționează cabinete de radiologie și stomatologie, un laborator clinic complex și o secție de recuperare medicală.

Peisajul încîntător, atmosfera de calm și liniște, condițiile de cazare și masă asigurate de hoteluri și restaurante moderne, de vile confort I și II și de pensiuni cu regim dietetic, precum și multiplele posibilități de destindere și recreere, asigură la Băile Herculane condiții optime de cură și relaxare.

Biletele pentru cură sau odihnă se pot obține de la toate oficiile județene de turism, de la I.T.H.R. București și de la Agenția de turism din stațiunea Băile Herculane (Piața Hercule nr. 3, tel. 965/6 03 04).



Efort minim și randament maxim asigură

ASPIRATOARELE DE PRAF

AP-10 **AP-10E**
AP-20S **AP-21**

Mobila, cărțile, spațiile greu accesibile, covorele, tapiteriile, îmbrăcămintea groasă pot deveni adevărate „depozite” de praf, dacă acesta nu este înlăturat deseori și complet. Cu efort minim și randament maxim veți realiza și dv. acest lucru folosind oricare dintre noile tipuri de aspiratoare de praf AP-10, AP-10 E, AP-20 S sau AP-21, datorită următoarelor caracteristici tehnice ale acestora:

- **Putere de absorbție mărită:** 460 W pentru aspiratoarele AP-20 S și AP-21; 600 W pentru aspiratoarele AP-10 și AP-10 E.

- **Refularea verticală a aerului,** care înlătură astfel posibilitatea de împrăștiere a prafului de pe suprafețele încă necurățate.

- **Manevrare ușoară** datorită celor două roți, plus roțile pivotante.

- **Posibilitatea de a fi conectate la priza de alimentare cu tensiune fără împământare,** fiind construite în clasa a II-a de protecție.



- **Au numeroase accesorii:** perie complexă cu funcțiuni multiple (pentru curățarea suprafețelor plane), perie triunghiulară (pentru biblioteci, mobilă etc.), duză îngustă (pentru spații greu accesibile, calorifere etc.), duză lata (pentru tapiterii, îmbrăcămintea groasă), un tub flexibil și două țevi prelungitoare.

- **Au ca piese de rezervă:** 4 saci colectori de hirtie-filtru (care permit o exploatare igienică a aspiratoarelor) și două perii de cărbune.

Vă rugăm să mai rețineți:

- **Aspiratoarele AP-10 și AP-10 E au în dotare și un indicator de umplere a sacului,** cu ajutorul căruia se previne suprasolicitarea motorului.

- **Aspiratorul AP-10 E poate fi reglat electronic.**

- **Costul fiecărui tip de aspirator:** AP-20 S = 950 lei; AP-21 = 990 lei; AP-10 = 1 300 lei; AP-10 E = 1 560 lei.

- **Termenul de garanție pentru toate aceste tipuri de aspiratoare:** 6 luni de la data cumpărării.

Forma constructivă atrăgătoare și în culori plăcute, designul și gama de accesorii a aspiratoarelor de praf AP-10, AP-10 E, AP-20 S și AP-21 satisfac cele mai exigente cerințe.

Recom



CONT CURENT PERSONAL

OBIECTIV PRINCIPAL AL
ECONOMIILOR
NOASTRE



Casa de Economii și Consemnațiuni pune la dispoziția cetățenilor care doresc să economisească timp și bani, un instrument de economisire modern și eficient — **contul curent personal**.

Contul curent personal poate fi deschis de oricare persoană majoră la filialele sau sucursalele C.E.C. din țară pe baza unei depuneri inițiale de minimum 100 de lei.

Fiind un instrument de economisire și de plăți, Casa de Economii și Consemnațiuni efectuează în mod gratuit pentru titularii de conturi, în limita soldului din cont, diferite plăți ocazionale și periodice printre care: abonamentul de telefon, de radio și televizor, plata consumului de energie electrică și de gaze naturale a chiriei, a impozitelor și a primelor de asigurare ca și orice alte plăți care îi privesc pe titularii de conturi curente personale.

Nu trebuie uitat că titularii de conturi curente personale beneficiază de toate celelalte drepturi și avantaje generale pe care Casa de Economii și Consemnațiuni le acordă tuturor depunătorilor.



**Din ce în ce mai solicitate
de cumpărătorii de toate vîrstele**



JOCURILE LOGICE, EDUCATIV-COLECTIVE

Întreaga gamă de jocuri și jucării realizate de CENTROCOOP sub emblema „JECO” este astfel concepută încît să contribuie la stimularea inițiativei, capacității de creație și independenței de acțiune și gîndire, la dezvoltarea spiritului de colectivitate.

Jocurile și jucăriile realizate sub emblema „JECO” pot contribui la dezvoltarea la copii a proceselor de cunoaștere, percepție și reprezentare, a limbajului, imaginației și atenției voluntare. De asemenea, pot contribui la însușirea și consolidarea cunoștințelor, la formarea personalității copiilor și, implicit, a unor trăsături de caracter ca perseverență, cinste, hămcie, curaj, spirit de ordine și disciplină, responsabilitate.

În București, ultimele noutăți se găsesc la magazinele RECOOP din: Bd. Republicii nr. 80A, Calea Moșilor nr. 135 și 282, str. 13 Decembrie nr. 26, Calea Victoriei nr. 16—18 (Pasaj), Bd. Gheorghe Gheorghiu-Dej nr. 95 și la micromagazinul din holul Teatrului „Ion Creangă” (Piața Amzei).

La cerere (în valoare totală de minimum 100 lei) pot fi expediate la domiciliu (cu plata ramburs la primirea coletului) prin unitatea „Cartea prin poștă” din str. Serg. Nuțu Ion nr. 8—12, sector 5, cod 76324, București.

Rețineți emblema „JECO”!

Este emblema jocurilor logice, educativ-colective.

Sugestii privind jocurile lansate sau crearea de noi jocuri, precum și comenzi din partea unităților comerciale se primesc la RECOOP, str. Sf. Ștefan nr. 21, sector 2, cod 70306, telefon: 13 81 75, 13 62 60 și 15 04 10; telex 10393.





CENTRALA DE PRODUCȚIE, PRESTĂRI ȘI CONSTRUCȚII

Bd. Magheru nr. 31
Tel. 59.20.20
Telex 11201, 11202



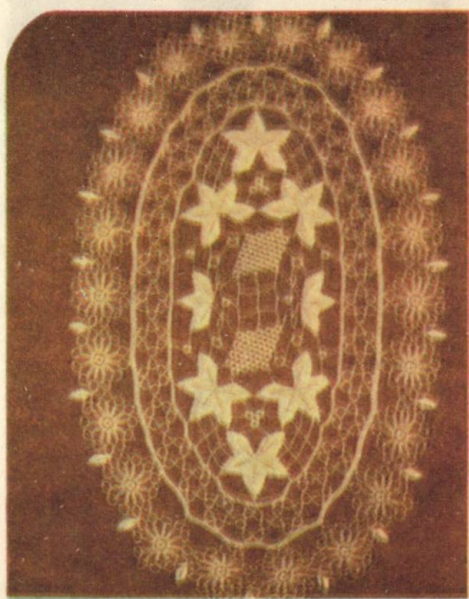
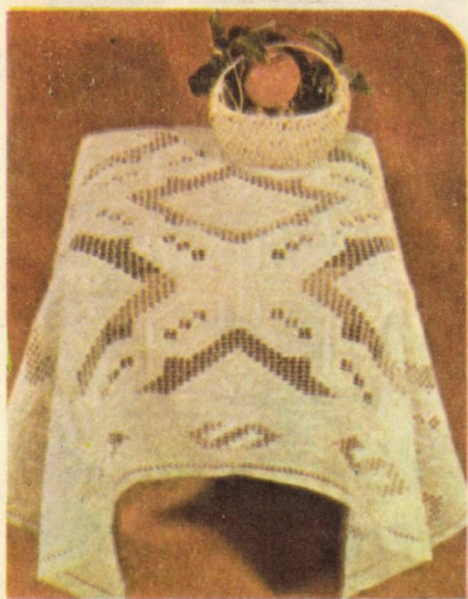
Articole de artizanat și artă populară din lemn

Unitățile de producție și prestări servicii ale cooperăției de producție, achiziții și desfacerea mărfurilor realizează o gamă largă de articole de artizanat și artă populară din lemn, ceramică, sticlă, cristal, fier forjat, cusături, țesături naționale, covoare, cojoace-pieptare, împletituri de răchită și paie etc., precum și confecții, tricotaje, articole și confecții din broderie manuală și de mașină, articole de uz casnic și gospodăresc.

Aceste articole se găsesc de vânzare în magazinele de prezentare din București și din rețeaua comercială CENTROCOOP din întreaga țară.



Împletituri din răchită și paie



Covoare și broderii

AMBIANȚĂ PLĂCUTĂ



OSPITALITATE, CONFORT,

O cură la Geoagiu-Băi poate contribui la ameliorarea stării dv. de sănătate afectată de o boală reumatismală, de o colită sau de o maladie hepatobiliară?

Medicul ginecolog v-a recomandat un tratament balnear complex la Sovata?

Suferiți de o afecțiune a sistemului nervos periferic și urmați să efectuați o cură în stațiunea balneoclimaterică Lacu-Sărat?

Vi s-a indicat să efectuați o cură de salină (speleoterapie) la Praid?

În toate aceste localități, cazarea constituie astăzi o problemă rezolvată, datorită și prezenței următoarelor unități hoteliere, de alimentație publică și turism, care, deschise în orice anotimp vă asigură un sejur agreabil:

- **Hotelul „Geoagiu-Băi”**, din stațiunea balneoclimaterică cu același nume din județul Hunedoara, cu cele 54 locuri de cazare și restaurant, vă așteaptă.

- **Hanul „Ursu Negru”** (foto 1), din stațiunea balneoclimaterică Sovata, (județul Mureș).

- **Hotelul „Turist”**, din stațiunea balneoclimaterică Lacu-Sărat (județul Brăila), (foto 2) cu cele 50 locuri de cazare și restaurant.

- **Hanul „Praid”** de lângă renumita salină din localitatea cu același nume din județul Harghita.

Situate în locuri pitorești, caracterizate prin originalitatea construcției și bună funcționalitate, dar și prin ospitalitate, confort și ambianță plăcută, aceste unități asigură condiții favorabile efectuării curei, odihnei și relaxării.

Pentru rezervarea de locuri în aceste unități turistice vă puteți adresa la: Agenția de turism din București (str. 13 Decembrie nr. 26, telefon 14 52 09); agențiile UJCOOP din Cluj-Napoca, Craiova, Iași și Timișoara, precum și la responsabilii cu turismul din cadrul Uniunilor județene ale cooperativelor de producție, achiziții și desfacere a mărfurilor și credit.



Oricînd și oriunde,
bine informați cu

RADIORECEPTOARELE PORTABILE

Creații ale industriei electronice românești, radioreceptoarele portabile SONG, SOLO, IRIS, GLORIA, TERRA, COSMOS și JUNIOR — de buzunar, poșetă, servietă sau de umăr — înfrumusețază viața cotidiană asigurînd o informare operativă, o educare complexă și o recreere variată. Dintre caracteristicile lor menționăm:

TERRA

COSMOS

SONG

IRIS

SOLO GLORIA

JUNIOR



- Sînt ușoare și comode de purtat, fiind ideale în călătorii, drumeții și excursii.
 - Au o bună sensibilitate și selectivitate, o audiție clară și plăcută.
 - Au prețuri convenabile.
- SONG, SOLO, IRIS, GLORIA, TERRA, COSMOS și JUNIOR se găsesc în toate magazinele comerțului de stat specializate în desfacerea produselor electronice.
- Pentru informarea celor interesați să-și procure unul dintre aceste radioreceptoare portabile, oferim cîteva date asupra lor.
- **Radioreceptorul JUNIOR** • Game de undă: UM • Sistem de alimentare: 2 baterii R6 (3 Vx2) • Greutate: 200 g • Preț: 335 lei.
 - **Radioreceptorul IRIS** • Game de undă: UL, UM • Sistem de alimentare: 2 baterii R6 (1,5 Vx2) • Greutate: 250 g • Preț: 371 lei.
 - **Radioreceptorul TERRA** • Game de undă: UL, UM • Sistem de alimentare: 3 baterii R12 (4,5 Vx3) • Greutate: 350 g • Preț: 439 lei.
 - **Radioreceptorul SONG** • Game de undă: UM, US • Sistem de alimentare: 3 baterii R6 (4,5 V) • Greutate: 300 g • Preț: 610 lei.
 - **Radioreceptorul SOLO 300** • Game de undă: UL, UM, UUS • Sistem de alimentare: 4 baterii R6 (1,5 Vx4) • Greutate: 550 g • Preț: 685 lei.
 - **Radioreceptorul COSMOS** • Game de undă: UL, UM, US • Sistem de alimentare: 4 baterii R6 (1,5 Vx4) sau la rețeaua de 220 V/50 Hz • Greutate: 1 050 g • Preț: 732 lei.
 - **Radioreceptorul SOLO 500** • Game de undă: UL, UM, US, UUS • Sistem de alimentare: 4 baterii R14 (1,5 Vx4) sau la rețeaua de 220 V/50 Hz • Greutate: 1 000 g • Preț: 885 lei.
 - **Radioreceptorul GLORIA** • Game de undă: UL, UM, US1, US2, UUS • Sistem de alimentare: 6 baterii R20 (1,5 Vx6) sau la rețeaua de 220 V/50 Hz • Greutate: 2 750 g • Preț: 1 382 lei.

Însoțitori plăcuți
în călătoriile
cu autoturismul



RADIORECEPTOARELE ȘI CASETOFOANELE AUTO

În timp ce călătoriți cu autoturismul, un radioreceptor sau un casetofon auto, prezent la bord — oferindu-vă la o tonalitate scăzută muzica pe care o preferați — vă poate fi însoțitor plăcut.

Pentru autoturismul dv. magazinele comerțului de stat specializate în desfacerea produselor electronice vă oferă:

- **Radioreceptorul LIRA**, cu următoarele caracteristici tehnice:
 - game de undă: UL, UM, US;
 - alimentare: 12 V (baterie cu minusul legat la șasiu);
 - preț: 1 330 lei (inclusiv antena).
- **Radiocasetofonul stereo RC 2541 RALY**, cu următoarele caracteristici tehnice:
 - alimentare: 12 V (de la acumulatorul auto);
 - difuzoare: 2x4 W la 3 ohmi;
 - radioreceptorul este monofonic avînd 3 game de undă: UL, UM, UUS;
 - casetofonul este stereofonic, cu viteza benzii de 4,76 om/s și bandă de frecvență de 80—10 000 Hz;
 - preț: 4 140 lei.

Recom



MEDICAMENTE DIN PLANTE MEDICINALE

Produsele pe care vi le prezentăm sînt realizate de industria noastră farmaceutică pe bază de extracte vegetale, sub aspect granular, cu solubilizare instantanee, pentru prepararea unor ceaiuri sau soluții indicate în diferite afecțiuni. Față de ceaiurile tradiționale din plante medicinale, ele au următoarele avantaje: dozare precisă a principiilor active, conservabilitate în timp, utilizare integrală a principiilor active, posibilitatea asocierii cu substanțe cu acțiune sinergică, administrare rapidă și comodă.

INSTAMIXT

Compoziție: Extract vegetal de *Cynarae folium* (frunze de Anghinare), *Taraxaci herba* (partea aeriană a Păpădiei), *Chelidonii herba* (ramuri și tulpini cu flori de Rostopască), *Hyperici herba*

(părțile terminale înflorite ale Sunătoarei), corespunzînd la 0,300 g polifenoli cinarici. Lactoză pînă la 100 g.

Acțiune farmacoterapică: Extractele vegetale din care se produce **Instamixt** au acțiune coleretică și colecistochinetică, influențează favorabil funcția anti-

Instamixt

35 g.

GRANULAR PRODUCT OBTAINED FROM :
CYNARAE FOLIUM, *TARAXACUM HERBA*,
CHELIDONII HERBA, *HYPERICI HERBA*



toxică a ficatului, stimulează mobilizarea colesterolului din depozite și metabolizarea acestuia; în plus, exercită un ușor efect laxativ, spasmolitic și antiinflamator la nivelul căilor biliare.

Indicații: Disfuncții hepato-biliare (în special insuficiența biliară), funcționale sau cu substrat organic (colecistite subacute și cronice, ciroze hepatice), colite spastice cu constipație, insuficiențe digestive și de tranzit intestinal.

Contraindicații: Afecțiunile hepato-biliare și renale acute; diabetul zaharat.

Posologie și mod de administrare. **Instamixt** se utilizează în formă de soluție, obținută prin dizolvarea numărului de lingurițe de granule indicat de medic.

Prezentare: Flacoane a 35 g de produs granulat.

Conservare: La adăpost de lumină, căldură și umezeală.

Termen de valabilitate: 2 ani.

TARBEDOL

Compoziție: Extract apos, granulat, obținut din Centauri herba (părțile aeriene înflorite ale Tintarei), Taraxaci radix (rădăcină de Păpădie), Calendulae flos (flori de Gâlbenele), Symphyti radix (rădăcină de Tătăneasă), Millefolii flos (flori de Coadă șoricelului), Cnici benedicti herba (tulpini cu frunze și flori de Schinel), Menthae herba (tulpini de Izmă) și Carvi fructus (fructe de Chimion).

Acțiune farmacoterapică: Tarbedol are proprietăți eupeptice; de asemenea, o acțiune colagenă spasmolitică și cicatrizantă.

Indicații: Dispepsii acute și cronice, asociate sau nu cu alte afecțiuni digestive (colecistopatii, colopatii funcționale, pancreatopatii cronice ș.a.)

Contraindicații: Afecțiuni gastrice cu hiperaciditate (gastrite, ulcer).

Posologie și mod de administrare: 1/4 linguriță de granule (1 g) se dizolvă

Tarbedol

32 g.



GRANULAR PRODUCT OBTAINED FROM:
CNICI BENEDICTI HERBA, TARAXACI HERBA, CARVI
FRUCTUS, MILLEFOLII FLOS, CALENDULAE FLOS,
SYMPHYTI RADIX, MENTHAE HERBA, CENTAURII HERBA.

în 100 ml (1/2 pahar) de apă caldă sau rece. Zilnic se beau 2—3 ceaiuri, la mesele principale.

Prezentare: Flacoane a 32 g.

Conservare: La adăpost de lumină și umiditate.

Termen de valabilitate: 2 ani.

SEDINSTANT

Compoziție: Un flacon de Sedinstant conține 32 g de produs granulat cu solubilizare instantanee, preparat din substanțe extractive obținute din Valerianae rhizoma cum radicibus (rădăcină de Valeriană), Lupuli strabuli (Hamei), Crataegi folium (frunze de Păducel), Leonuri herba (tulpini de Talpa Giștii), Tiliae flos (flori de Tei), Dracocephali herba (tulpini de Mătăciune).

Acțiune farmacoterapică: Sedinstant exercită o acțiune sedativă centrală, cu efecte anxiolitice, tranchilizante și spasmolitice.

Indicații: Fenomene de hiperexcitabilitate nervoasă (irascibilitate, insomnie, anxietate) și de distonie neurovegetativă; ca adjuvant în hipertensiunea arterială și hipertiroidie.

Posologie și mod de întrebuințare: 1/2—1 linguriță (2—4 g) plină cu granule se dizolvă într-un pahar cu apă rece sau caldă (100—200 ml). Se beau 2—3 pahare de ceai în timpul zilei, iar

32 g.

Sedinstant

Granular product obtained from:
Valerianae rhizoma cum radicibus,
Lupuli strabuli, Crataegi folium,
Leonuri herba, Tiliae flos,
Dracocephali herba.



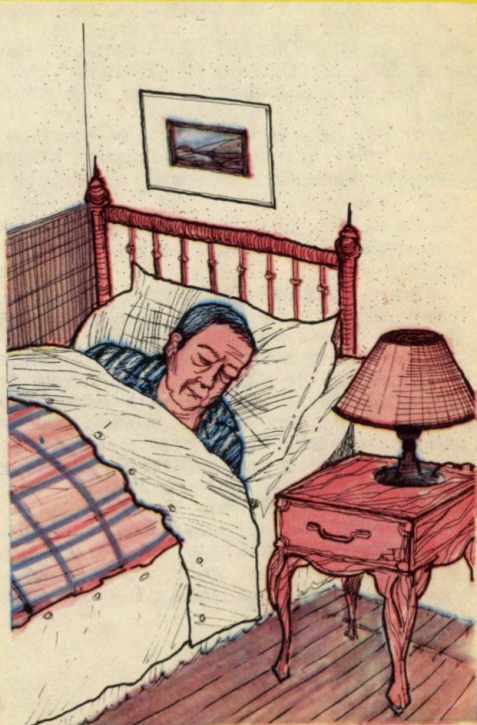
ANTIBIOTICS PLANT IAȘI

în insomnii se bea un pahar seara cu 30 de minute înainte de culcare.

Prezentare: Flacoane de 50 ml a 32 g granule.

Conservare: La adăpost de umiditate și căldură.

Producător: ÎNTEPRINDEREA DE ANTIBIOTICE IAȘI





unul dintre supermagazinele capitalei Magazinul „BUCUREȘTI”

La intrarea din Bulevardul 1848 în strada Lipscani, vechi vad comercial al capitalei, trecătorii sînt întîmpinați de impunătoarea clădire a magazinului „București”. În prezent, această adevărată întreprindere comercială, denumită I.C.S. „București”, își desfășoară activitatea atît în clădirea magazinului universal, cît și în alte 10 unități: „Olimpic”, „BIG-Berceni”, „Hanul lui Manuc”, „Club-Sport”, „Bijuteria”, „Moșilor”, „1 Mai”, „Clujana”, „Stirex” și „Electronica”.

În dorința de a vă informa asupra specificului activității acestui supermagazin, ne-am adresat domnului director coordonator Adrian Dragomir.

— **Pe ce principii este organizată activitatea comercială la Magazinul universal „București”?**

— **Adrian Dragomir:** Pe principiile unui comerț modern operativ și civilizat, de care să beneficieze un număr cît mai mare de cumpărători. De asemenea, pe buna servire a acestora cu mărfuri de calitate și într-o gamă cît mai variată de sortimente, servire realizată cu sollicitudine și politețe. Respectarea acestor principii de către lucrătorii magazinului universal „București” se reflectă în numărul de cumpărători — aproape 280 000 — care ne vizitează zilnic.

— **Prin ce își confirmă Magazinul „București” profilul său de „universal”?**

— **Adrian Dragomir:** În primul rînd prin largul sortiment de mărfuri. Astfel, vizitatorii sînt întîmpinați la parter de raioanele cu articole: elec-

trice, foto și discuri, parfumerie, ciorapi pentru adulți și mercurie, ceasuri și bijuterii. Etajul 1 este rezervat în exclusivitate articolelor pentru copii (încălțăminte, confecții, tricotate, lenjerie și ciorapi) în timp ce etajul 2 este profilat pe țesături de mătase și bumbac, imprimeuri și stoffe fine pentru femei și bărbați. Etajul 3 găzduiește raioane de încălțăminte și pălării pentru bărbați, tricotate pentru adulți, lenjerie pentru femei, marochinărie și articole diverse. La etajul 4 cumpărătoarele găsesc un evantai larg de confecții și încălțăminte, iar la etajul 5 bărbaților le stau la dispoziție raioane cu același profil și, în plus, cu articole de galanterie, cămăși și cravate. Ultimul etaj, al 6-lea, este destinat articolelor de decorațiuni interioare (stoffe de mobilă, covoare, cuverturi, perdele).

Acest mod de organizare a activității comerciale conferă caracterul de „universal” magazinului „București”.

— **Ce își propun cei ce muncesc la magazinul universal „București” și la celelalte 10 magazine pe care le coordonați?**

— **Adrian Dragomir:** Își propun un obiectiv care concordă cu dezideratele actuale: să-și crească continuu profesionalismul în scopul asigurării unei serviri cît mai bune de care să beneficieze un număr din ce în ce mai mare de cumpărători.

Interviu realizat
de Elena POPESCU



TALENTUL ESTE O MALADIE?

Nu îmi amintesc exact unde am citit (dar sigur că am citit undeva) o „teorie” medicalo-literară în legătură cu „talentul” ca maladie.

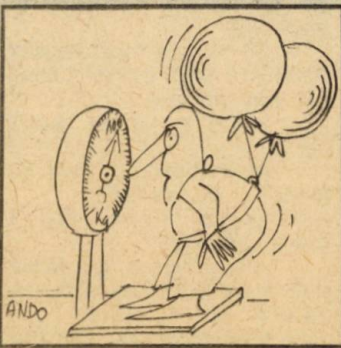
Teoria aceasta m-a obsedat mulți ani de zile și, luînd-o în serios, ca orice umorist care se respectă, am verificat-o în fel de fel de „cazuri”, am confruntat-o cu fel de fel de „pacienți” și, în concluzie, am ajuns la convingerea că — într-adevăr — talentul este o maladie ca oricare alta, înscrisă oficial în tabelele medicinei curente.

„Teoria” este foarte simplă, clară și judicioasă. Autorul ei, al cărui nume nu-l pot cita din motive de „defecțiune tehnică a memoriei”, pleacă de la premisa, de necontestat, că tot ceea ce nu este normal este, bineînțeles, anormal. Și tot ceea ce este anormal este, implicit, o maladie.

Firește că nu este normal ca cineva să ia în mină un plaivaz, să se uite un pic la dumneata și să te facă să semeni aidoma pe un petec de hirtie. După cum nu e normal ca cineva să



pună mina pe un arcuș de vioară și, din plimbarea lui pe coarde, să scoată o melodie fără să-l fi învățat nimeni să cînte. Și tot așa nu este normal ca cineva să potrivească vorbele obișnuite și să facă versuri din ele sau să frămînte o mină de lut și din zbaterea



SE POATE GLUMI?

Da și nu.

Se poate — cînd ai a face cu oameni sănătoși.

Nu se poate — cu oameni bolnavi.

Se poate — cu oameni veseli și bine dispuși.

Nu se poate — cu oameni posaci și mîhniți.

Se poate — cu oameni de spirit.

Nu se poate — cu oameni proști.

Se poate — cu literați și artiști.

Nu se poate — cu gloabe literare și artistice.

I. L. CARAGIALE

degetelor în noroi să te faci pe dumneata ca pe un frate geamăn.

Că, dacă ar fi așa, toată suflarea omenească — bărbați, femei și copii — ar fi compusă numai din pictori, muzicanți, poeți, sculptori și așa mai departe.

Așadar, talentul fiind o maladie, este la mîntea cocoșului (nu numai a medicilor) ca — în circulația lui, în viață — să se supună unor anumite „legi” comune oricărei maladii obișnuite. Adică să aibă o perioadă de incubație, o a doua de ecluziune și — în sfîrșit — ultima, de vindecare sau de decedare a bolnavului, în materie de talent decedul și vindecarea fiind cam același lucru.

Cazurile de vindecare de talent se pot cita cu duimul, cu nume proprii, din toate ramurile de activitate artistică, dar — din motive lesne de înțeles — mă abțin să citez vreunul, mai ales dintre contemporani.

Firește, nu orice guturai artistic, orice migrenă incidentală, orice indigestie pasageră sau indispoziție de moment trebuie socotită o maladie propriu-zisă. Și, mai ales, de la bun început trebuie știut și precizat că talentul nu este o maladie contagioasă. Și nu se ia, nici chiar cînd se fură.

Tudor MUȘATESCU

CU ȘI FĂRĂ ANESTEZIE!

— Respectele mele, domnule doctor! Aoleu, nu mai pot!

— Ce-ai pătit?

— Am o măsea care mă ucide! Vorba lui Caragiale: „Știi s-o scoți, scoate-o!”

— Luați loc pe scaun și relaxați-vă. Ia să vedem! Gura mare! Gura mare, vă rog! Da... am văzut, facem extracție!

— Cu anestezie, vă rog, că sînt nevricos!

— Ce profesie aveți?

— Actor de comedie. La teatru, la radio, la televizi-zor...

— Ah, da, da, da... vă cunos-c. Dumneavoastră erați acela cu „Doctorul dentist”!

— Ce... doctor?

— Dentistul din scenetă, care servește preferențial! Chestia aceea satirică, de la „Unda veselă”.

— Ah... da... bine... era așa... un caz izolat... o caricatură!

— Eu sînt „caricatura”!

— Dumneavoastră?

— Da, „cazul izolat”! Deschideți gura!

— Lăsați!

— Gura mare! Gura mare, vă rog. Anesteziez și facem extracție!

— Ce... extracție? Nu-mi trebuie nici o extracție!

— Spuneți că vă doare!

— Pe mine? Da de unde... așa... o... mică... jenă! Mi-a și trecut! Am onoarea să vă salut! La revedere!

— Dacă n-o scoateți ris-cați o infecție!

— Serios?

— Foarte serios. Luați loc să vă fac injecția!

— Cu acul asta?

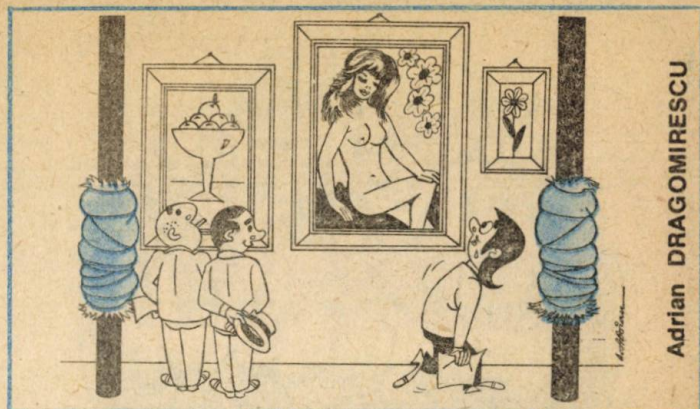
— Da. E la fel cu cel din sceneta satirică! Toată lu-me-a a ris!

— Asta așa e... a avut succes!

— Numai eu n-am ris. Gura mare, vă rog!

— Nu doare?

— Vă amortesc. În urma scenetei, m-a dat și la ga-



Adrian DRAGOMIRESCU

zeta de perete!

— Aoleu, ce târziu s-a făcut! ! Lăsați că vin mîine, poate că îmi trece și-asa... Uite că nici nu mă mai doare, gata!

— Nu durează mult.

„Țac” și gata!

— Cu ce faceți „țac”? Cu cleștele ăsta mare?

— De ce tremurați, vă este frig?

— Parcă numai de frig tremură omul?

— Au ris toți colegii de mine, toată policlinica. Gura mare!

— De ce trebuie clește așa de mare pentru o mă-sea atît de mică? Eu am măsele mici... și la pantofi port 39!

— Gura mare, să facem anestezial!

— Ahhhhhh...

— Gata! Așteptăm nițeluș să amortească și o scoatem! Știți... aproape de scenetă, eu nu eram vinovat!

— Uitați ce este, eu vin mîine. Acum tot a amortit, așa că nu mă mai doare. Vă salut, cu respect!

— O fi ea „Undă veselă” dar ați făcut o confuzie regretabilă!

— Să nu mă mișc de-aici dacă mă mai doare! Lăsați că mai vin eu!

— Mîine o să vă doară iar.

— Nu-i nimic, o scot eu singur... cu sfoară...

— Gura mare! Gura mare, vă rog!

— Una singură îmi scoa-teți! Numai pe cea stricată, că mai am și bune!

— Prea bune nu sînt ele,

să știți!

— Bune, rele, sînt ale mele și vă rog să le lăsați acolo!

— Să știți că eu nu prea fac greșeli din astea!

— Ce... nu se poate în-tîmpla?

— Eh, rar de tot, cine știe... odată la douăzeci de ani!

— Și de cînd sînteți den-tist?

— De douăzeci de ani.

— Să trăiți, eu am plecat!

— Păi nu se poate! V-am făcut injecția, cum o să vă las așa? Gura mare, vă rog! Știți, m-au chemat și la co-legiu!

— Să mor eu dacă mă mai doare!

— Gura mare! Așa... acum... încă un pic...

— Immmmm!

— Gata! Poftiți măseaua! Asta e!

— Chiar asta?

— Asta. Ați simțit cea? V-a durut?

— Nici un piculeț! Cînd mi-ați scos-o nu m-a durut deloc, dar pînă mi-ați scos-o... m-ați îmbătrînit cu zece ani!

— Eu? De ce? Nu înțeleg! Aha, v-a fost frică că o să mă răzbun pentru sceneta satirică! Se poate? Eu sînt un om cu simțul umorului!

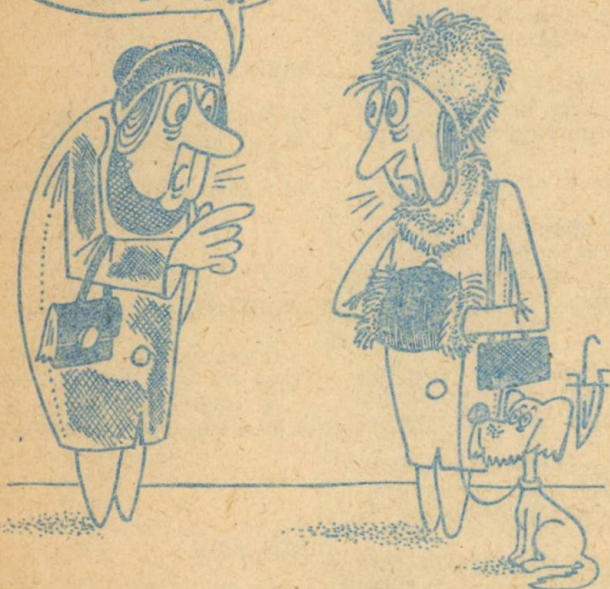
— Sînteți mare, domnule dentist! Vă iubesc! Și vă dau cuvîntul de onoare că în viața mea nu mai scriu și nu mai joc scenete cu dentiști. Uite că și iscălesc:

Horla ȘERBĂNESCU

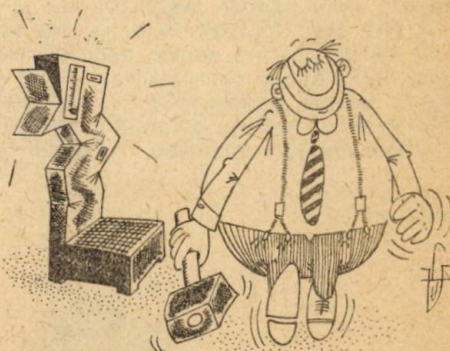
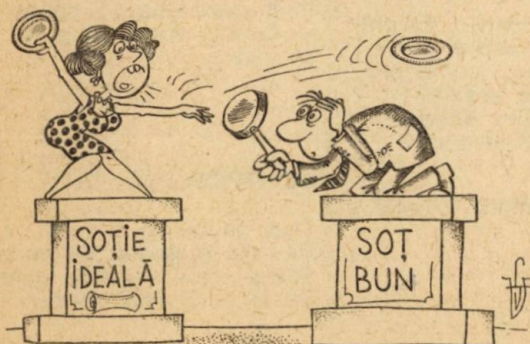
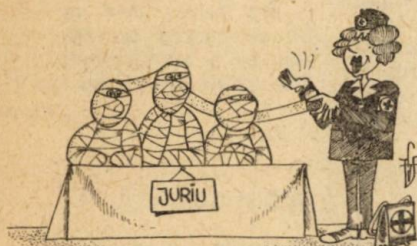
MÎ-A SPUS DOCTORUL
CĂ AM TENSIUNEA SCĂZUTĂ!

ASTA NU MÎ-A
MAI SPUS !!

AÎ ȘI AMEȚELI ??



— De ce bei vinul cu palul?
— Pentru că medicul mi-a interzis
să mă apropiu de el!



MITACHE ȘI SPECTRUL BOLILOR

Cine nu-l cunoaște pe Mitache și nu suferă de vreo boală acută sau cronică e sfătuit cu insistență să păstreze riguros, în vecii vecilor, distanța care îl separă de ilustrul său necunoscut. Spun „ilustru” pentru că Mitache are un ochi de o agerime cu totul ieșită din comun. Din moment ce ai avut neșansa de a-i fi făcut cunoștința și a-i fi devenit astfel lesne accesibil, Mitache îți va ieși în față unde nici nu te aștepti.

— Cum o mai duci cu sănătatea? începe Mitache blînd, fixîndu-și privirea pe chipul tău de parcă ar fi descoperit acolo un semn dubios, dacă nu chiar unul de tristă certitudine.

— Mulțumesc, bine, îi răspunzi scurt, căutînd să scapi cît mai iute de sub control.

Dar Mitache nu e omul care să-și abandoneze cu ușurință victima. Prin urmare insistă, zîmbindu-ți amar:

— M-aș bucura din tot sufletul să te văd sănătos, numai că, știu eu, să-ți spun, să nu-ți spun...

— Ce să-mi spui?!

— Ai o paloare cam suspectă...

Și Mitache te asigură că nu-ți vrea decît binele, că ar trebui să te supui unui consult medical foarte serios, fiindcă altminteri așa și pe dincolo, habar nu ai de unde vine beleaua.

Azi o paloare suspectă; mîine un neg la bărbie, mic, mititel dar suspect; poimîine „Vai, ce mînă caldă, probabil febră, oricum suspect”; răspoimîine „Te subțiezi dragă, ai slăbit, nu ți se pare suspect?”

Astfel Mitache e un neobosit detector de primejdii, care îți impune grave indoile cu privire la starea organismului tău. Am întîlnit chiar vreo două cazuri în care vigilența și stăruința sa diabolică au reușit să transforme niște oameni zdraveni, mereu bine dispuși, în bieți ipohondri acriți și străini de orice bucurie. Se întîmplă asta cînd Mitache e lăsat să se manifeste din plin, trăgînd false semnale de alarmă.

— De ce nu vezi la oameni decît posibile maladii? De ce prevestești mereu suferințe? Cine te-a numit, mă rog, în funcția de cobe? I-am repezit într-o zi pe Mitache, sătul pînă în gît de activitatea sa lamentabilă. Nu-ți dai seama că de la o vreme ești galben-verzui, ceea ce corespunde cu siguranță unui cancer avansat?!

— Eu? făcu îngrozit Mitache. Nu mi-a spus-o nimeni!

— Păi de ce să-ți spună, dacă dumneata vezi și prevezi toate bolile altora! Cui să-i treacă prin gînd că numai propria-ți culoare canceroasă n-ai băgat-o de seamă?

— Vorbești serios, domnule? se cutremură Mitache.

— Deocamdată glumesc, îl asigur eu binevoitor.

Eugen FRUNZĂ



MEDICALE

REMEDIU

După cum s-a jeluit,
Doctorul l-a sfătuit:

— Să te ferești de răceală!
Și de-atunci... nu se mai
spală!

RĂSPUNS

Dumneata, batistă n-ai
De tot împarți guturai?

— Am! Și ce dacă tușesc?
Nu vreau să mi-o murdăresc!

LA DENTIST

— Doctore, mai stai nițel,
Parcă nu prea vrea să iasă.

— Ai răbdare! zise el
Și mi-a tras... pe-a sănătoasă!

INDICAȚIE

— De dureri vrea să scape
Să se trateze cu ape!

Dar el și la Olănești
S-a tratat cu „Odobești”!

RECUNOȘȚINȚĂ

Doctorița l-a-ngrijit

La spital atît de bine

Încît Gheorghe i-a șoptit:

— De-aici vreau să plec...
cu tine!

CONTROVERSA

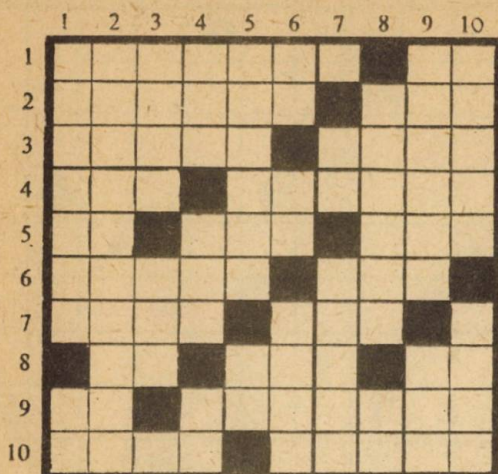
Tipă de dureri Arvinte

Că-i dă maseaua de minte.

Soața-i zice: — Abia aștept

Să fii și tu mai deștept!

M. Nicolae



FARMACIA DIN GRĂDINA ȚĂRII

ORIZONTAL: 1. Arbust din ale cărui frunze se prepară o infuzie recomandată în dereglările cardiovasculare - Filip Vasiliu. 2. Fructele acestei plante aromatice originare din Asia se folosesc cu bune rezultate terapeutice în cazurile de anorexie - Sau. 3. Plantă erbacee vivace întrebuințată în dispepsii, ca stomahic amar - Arbust al zonei noastre alpine, ale cărui frunze și fructe bogate în tanin se recomandă în cazurile unor forme grave de diaree. 4. În acest mod - Plantă usturătoare cu proprietăți hemostatice, prescrisă în tratamentul hemoragiilor ușoare. 5. Darie Tudor - Accidentat prin foc - Grup sportiv. 6. Anotimpul când toate plantele medicinale sînt gata uscate (pl.) - Repetiție la teatru. 7. Hibrid prove-

nit din vestul Europei, cu proprietăți terapeutice în cazurile de spasme pilorice - Abreviație în rețetele medicale pentru „poțiune”. 8. Textilă ale cărei semințe ingerate întregi sînt un real ajutor împotriva constipației - Acela (pop.) - Virf de Cimbrisor! 9. Frunza Bradului în virful siringei - Numită și Valeriană, această plantă posedă proprietăți curative, administrată sub formă de pulbere, ca sedativ și antispasmodic. 10. Cînd e „dulce” indică o plantă de leac a cărei pulbere se recomandă ca laxativ - „Porumbelul...”, celebru desen al lui Picasso, simbolizînd visul de milenii al omenirii.

VERTICAL: 1. Plantă erbacee perenă, care, mărunțită, intră în componența ceaiurilor recomandate în unele maladii hepatice (pl.) - Virful Albăstrelelor! 2. Proprietăți analgezice, prezentate de Omag și de Ciumăfaie. 3. Placă pentru pardoseli - Rezonanță magnetică nucleară (abr.). 4. Intrare-ieșire - Lac în Retezat - Rădăcină de Anason! 5. Fructele Bradului - O picătură de adrenalină. 6. Elvira Neagu - Rămuros la capete! - Arborele „fără soț”, ai cărui muguri sub formă de infuzie se recomandă ca expectorant în bronșite. 7. La intrarea în Azuga! - Împotriva lor acționează mulțimea ierburilor noastre de leac (sing.). 8. Un arbust trecut, ale cărui părți nu mai pot fi folosite în terapeutică - Un capăt de ecluză! 9. Fuge de injecții, pretextînd... că-l înțepă - „Coada” lor dă numele unei plante medicinale cu acțiune expectorantă și diuretică. 10. Părțile aeriene ale Scaului de această culoare, preparate sub formă de decoct sau infuzie, se prescriu ca expectorant și calmant în accesele acute de tuse - Arbore înalt pînă la 40 de metri, ai cărui muguri, sub formă de infuzie, se administrează ca antiseptic și antiinflamator în bolile aparatului urinar sau ale căilor respiratorii (pl.).

Dicționar: RMN.

Andrei CIURUNGA

ÎNȚRE REPLICI

CONFUZIE

— Spune-mi, doctore, este adevărat că viața nu ar putea exista fără gene?
— Bine-nțeles, este foarte adevărat.
— Hm... dar fără sprincene?

NEDUMERIRE

— Poftim, cine să-i mai înțeleagă și pe doctorii ăștia? M-am internat pentru gălbănare, tot timpul am fost tratat de icter, iar la ieșire îmi scriu că hepatita mea este în stare de ameliorare?!

PRECIZARE

— Și după cum vă spuneam, doctore, am avut o insomnie așa de păcătoasă încît n-am putut închide un ochi toată noaptea.
— Care ochi?

CERERE ÎNTEMEIATĂ

— Doctore, dă-mi, te rog, ceva contra sforăitului.

— Dar cine sforăie, soția?

— Nu, doctore, eu. Mi-au spus colegii de servici. Știi, cum pun capul pe birou, ca să mă relaxez un pic, gata, încep să sforăi și-i trezesc pe toți din jur.

DEOCAMDATĂ...

— Doctore, am început să vorbesc sigur. Ce să mă fac?

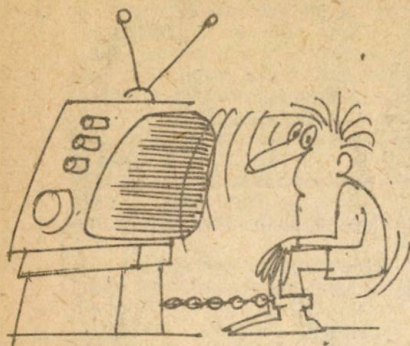
— Deocamdată nimic, dar dacă începi să dai și replicile treci neapărat pe la mine.

PE STRADĂ

— Bietul om, ia uită-te, săracul de el, cît merge de cocoșat. Precis că asta i se trage de la nervul sciatic.

— Da de unde, dragă, îl cunosc eu. Asta i se trage de la ploconeală!

Mircea MANOLESCU



AUDO

ÎN ATENȚIA

DV.

TERAPEUTICĂ

Vinu-i bun, are efect
Băut ca medicament.
Ce te faci că pe Planetă
Se vinde fără rețetă?

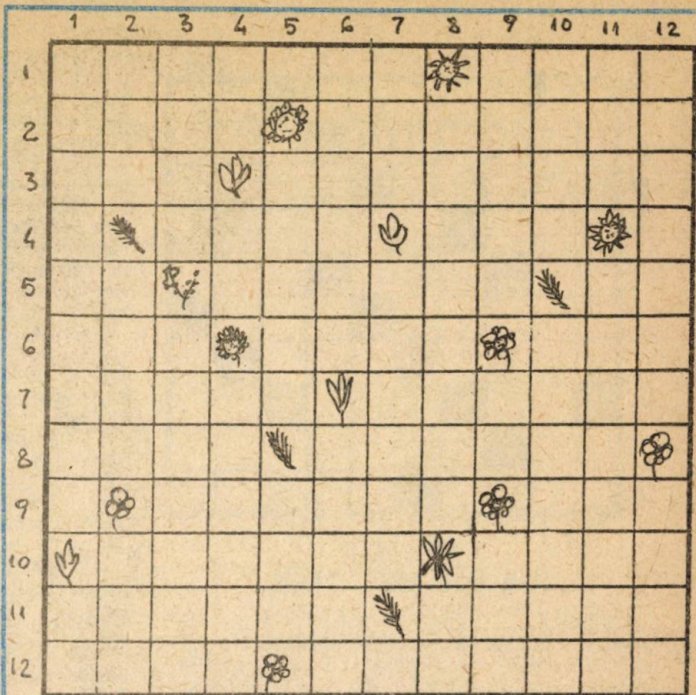
MEMORIE „PRODIGOASĂ“

Ai spus că ai, n-am observat,
Memorie de elefant!
Dacă te consideri „asul”,
Tu confunzi... trompa cu nasul!

AUTOEDUCAȚIE

Fumător de clasă rară,
„Țigară de la țigară”,
Într-o zi el s-a gândit
Să stea ore neclintit
Lângă... FUMATUL OPRIT!

Marian POPESCU



FLOARE DE COLT

ORIZONTAL: 1. Pe vremea când apare liliacul - Rezultat. 2. Plantă cu rădăcina cărnăsoasă (pl.) - Floare ruptă cu dinții. 3. Copac cu flori - Floare la ureche. 4. Arbust cu fructe roșii, comestibile - Codiță de mărăcină! 5. Prenume - Ramură de brad - Termen redus (abrv.). 6. Novic, în ultimă instanță - Miroso - Cenușiu. 7. Floarea medicinei - Port la Dunăre, în Oltenia. 8. Soi - Sfecă mărunțită. 9. Florile pielei - Cam o părere! 10. Ghiveci nutritiv - Grădină de iarnă. 11. Traista ciobanului - Stigmatizat. 12. Vîrf ascuțit - Bujorul de munte.

VERTICAL: 1. Stimulează producția pe ramură - Des! 2. Nicolae - Violete pentru fete - Frunză de cactus. 3. Floare de porumb - Cleioși. 4. Dinșii - Orhideanu Camelia - Pepene vărgat. 5. Casa cu multe flori - Agă incurcat! 6. Flori de salcie - În floarea virstei. 7. Raită - A se ameli cu mireasma florilor. 8. O fărîmă de jar - Pufos pe margini! 9. În componența unui tablou din „Dama cu camelii” - Cot gol! - La moțoare. 10. Flori de drum - Celulă lemnoasă. 11. Ceva rotund! - Griu curățat. 12. Încolțit - Mare producătoare de mac.

Dicționar: SAE.

Nicolae BUCUR

GÎGISME ȘI SERGISME!

— Arsurile sînt de mai multe grade... în funcție de cîte grade are obiectul cu care au fost provocate.

— Constipația se combate cu... fixative.

— Mănușile chirurgicale se sterilizează prin flambare la flacără mică timp de 30 de minute.

— Tibia și peroneul, fiind oase paralele... nu se întîlnesc niciodată.

— Tulburările de sensibilitate ale degetelor se tratează cu... digitală.

— Pentru medici, în prezent, nu toate bolile sînt incurabile.

— Curățenia este mama sănătății. Tată... n-are.

— Bolnavii sub tratament cu tranchilizante trebuie avertizați... să nu conducă mașinile în timpul somnului...

— Diferența dintre hipertensiune arterială și hipotensiune arterială este tensiunea arterială normală.

Sergiu STANCIU

DE CE ARE PICIORUL BANDAJAT?

G. GORIN (U.R.S.S.)

Există și un asemenea caz: Intră pacientul în cabinetul de consultație cu un picior bandajat și medicul îl întreabă:

- Ce vă doare?
- Capul - răspunde pacientul.
- Dar atunci, de ce aveți piciorul bandajat?
- Bandajul mi-a alunecat...

Am fost în vizită la niște cunoscuți și am povestit, cum îmi este de altfel obiceiul, cazul de mai sus. Chipurile mă rugaseră să le povestesc ceva cu umor... Toți au râs. Numai un om mai în vârstă, care stătea aproape de mine, a stat o clipă în cumpănă și apoi m-a întrebat:

- Vă rog să mă iertați, ceva mi-a scăpat... de ce s-a plins acel pacient?
- Că-l doare capul!
- Și atunci, de ce avea piciorul bandajat?
- Păi... i-a alunecat!
- Așa... a zis omul cu o voce tristă și a oftat din adînc. A stat îngîndurat, apoi a revenit.

- Nu înțeleg - a spus el după cîteva minute - unde e aici hazul, gluma? Să o luăm în mod logic. Pe pacient îl durea capul, da?

- Da, așa, precis capul.
- Atunci de ce a avut bandajul la picior?
- I-a alunecat!
- Curios - a spus omul meu. S-a apropiat de geam și a tras un fum adînc din țigara sa privind în întunericul de afară.

Eu, liniștit, îmi beam ceaiul. El s-a reîntors de la geam, s-a așezat lângă mine și m-a întrebat șoptind:

- Să mă omorîți dar tot nu înțeleg unde e hazul! Că dacă pe cineva îl doare capul, de ce are piciorul bandajat!

- Dar el nu și-a bandajat piciorul! Nici nu avea un asemenea gînd - i-am spus. El și-a bandajat capul!

- Atunci cum a putut ajunge bandajul pe piciorul lui?

- I-a alunecat!

S-a sculat și m-a invitat pe un ton sever:

- Să mergem de aici, pentru o clipă, în vestibul, trebuie să lămurim problema!

Am intrat în vestibul.

- Ascultați-mă - mi-a spus, punîndu-și mîna pe umărul meu. E vorba de o glumă bună sau faceți doar haz?

- După mine e o glumă bună - i-am răspuns.
- Și unde este umorul?
- Păi... nici nu știu - am spus, e o glumă și gata.
- Poate ați omis vreo parte din glumă?
- Ce parte?
- De exemplu... că pacientul nu avea decît un singur picior.

- De ce ar fi trebuit să aibă doar un singur picior?

- Dacă vrem să credem că bandajul i-a alunecat de pe cap, acesta trebuia să alunece pe întregul său trup și s-ar fi oprit pe ambele lui picioare! Sau a fost vorba de un invalid?

- Nu, cu siguranță nu - am protestat eu -, nu era vorba de un invalid!



Radu BERCEA

- Atunci cum a putut să-i ajungă bandajul pe picior?

- A alunecat, a căzut - i-am spus.
- Și-a șters fruntea transpirată.
- Tot nu înțeleg... de ce s-a plins acel pacient?
- Păi... ce să mai spun? - am zis.
- Mi-am îmbrăcat paltonul și am plecat.
- După miezul nopții a sunat telefonul.
- Mă iertați, vă deranjez pentru acel umor.
- Am recunoscut vocea lui. Oare de unde a aflat numărul telefonului meu? Nu pot să dorm. Piciorul acela nu-mi iese din gînd... Deși știu că are la bază ceva comic. Da?

- Da - i-am spus.

- Și eu așa cred... Nu sînt un om prost... Am studii superioare...am povestit soției cazul... a ris cu poftă. Dar nu-mi dau seama de ce a ris. Așa că nu știu, chiar nu știu ce să mă fac!

- Dormiți! - am țipat, și am închis telefonul.

Atunci m-am decis că acest caz să-l scriu. O să iau drept exemplu un om care nu are nici un pic de simț pentru umor și care vrea să descopere legile pline de taine, de mister, enigmatice, cu ajutorul abacului.

Povestea scrisă am dus-o la o revistă pentru rubrica ei de satiră. Redactorul, citind-o, a ris mult și cu mare poftă.

- Ce caz! - a spus. De necrezut... Chiar există într-adevăr asemenea oameni?

- Există - am răspuns. M-am convins singur.

- În regulă, o publicăm, - a spus redactorul.

Apoi m-a cuprins în brațe, s-a aplecat spre mine și mi-a șoptit la ureche:

- Mie însă puteți să-mi spuneți: propriu-zis, ce anume l-a durut pe pacientul acela?

- Capul... am spus eu încet.

- Atunci de ce a avut piciorul bandajat?

Am înțeles că povestea mea nu va vedea lumina tiparului niciodată.

Traducere de T. CUTLIC

Rondel

Mai auzi de un produs
Apărut nou în farmacie
Și dînsul și-a dorit nespus
Să-l ia, să-l guste și să știe.

În piață, ieri, pe sfadă pus
Cu-o precepeață durdulie
Mai auzi de un produs
Apărut nou în farmacie.

Și luînd pastile în prostie
(Doar nici-un doctor nu l-a
pus!)

Făcu pe scări lipotimie
Și la spital cînd fu adus

Mai auzi de un produs...

Nichi URSEI

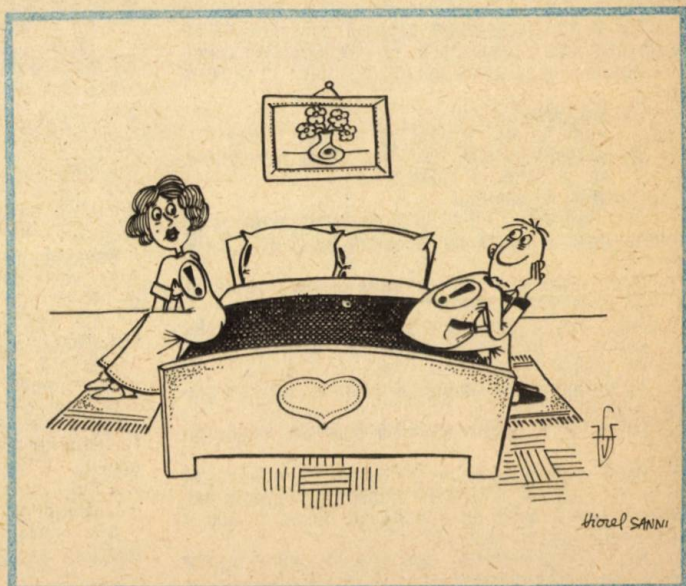
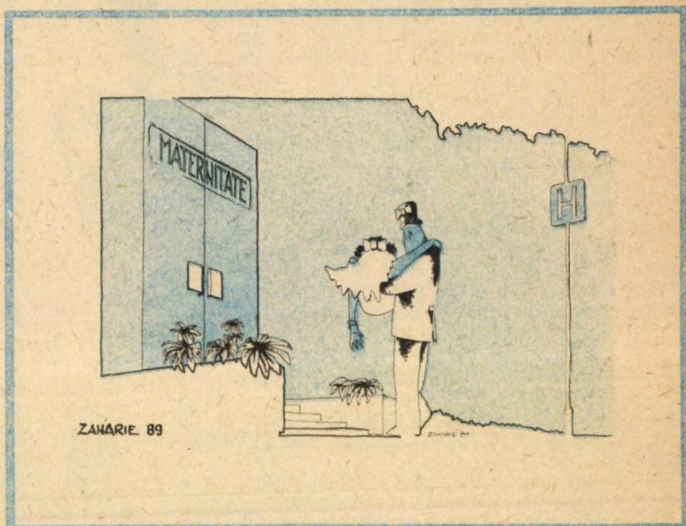
AH,

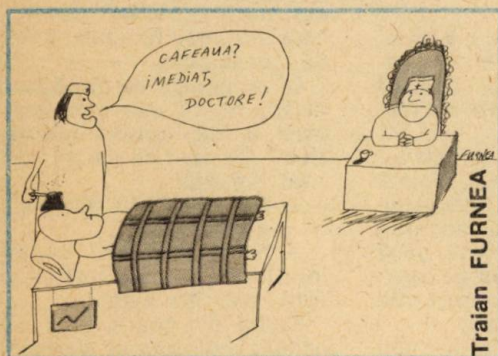
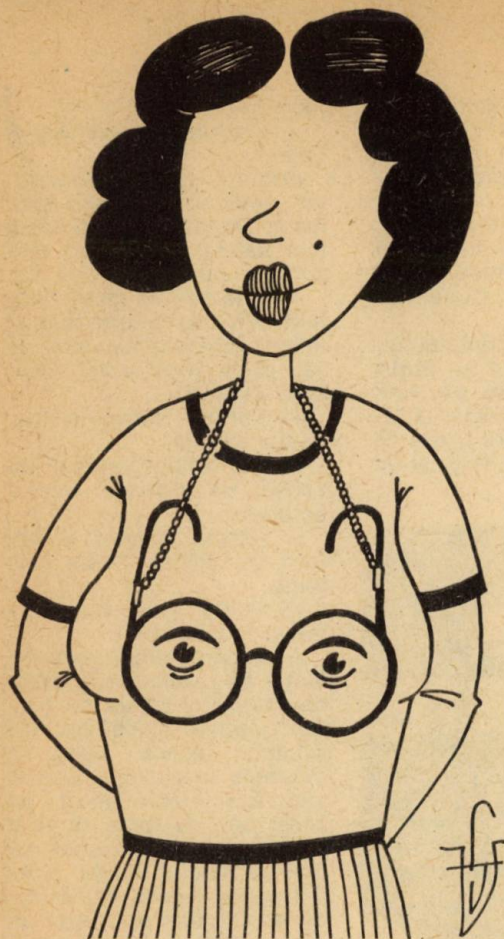


INIMA!

Atunci cînd inima îți bate
Cu oscilații regulate,
Mișcarea ei ca de basculă
Îți sugerează o... PENDULĂ.
E inima-n anatomie
A circulației stăpîna;
Iar pulsul, prin analogie,
Un veritabil... CEAS DE MÎNĂ.
Cît despre cel avid s-adune
În viață bani ca un avar,
De ceasul inimii poți spune
Că e un... CEAS DE BUZUNAR.
Și cînd angina pectorală
Te-avertizează trecător,
Mai poți să pui la indoială
Că nu-i un... CEAS DEȘTEPTĂTOR?
Nu neglija acest semnal
Că gestu-ți poate fi fatal.
Ia seama ca destinul tău
Să nu ți-l curme... CEASUL RĂU!
Bătaia fără de oprire
A inimii, fantastic ornic,
E un simbol ca în iubire
Tu să rămii mereu statornic.
Dar inima e și lăcaș
Pentru amorul buclucaș,
Iar cînd lubești ca un năuc
E tot un ceas, dar... CEAS CU CUC.

Dr. Grigore LUPESCU





PERSPECTIVĂ

- Auzi ce ghinion avui, amice! Ieri am găsit un vin de la butuc, dar medicul cel nou îmi interzice să beau măcar un strop și mă usuc.

- Sărman prieten, cazul e penibil, dar poate-urmînd prescripția cinstit survine vreo schimbare! - Imposibil, căci medicul... abea a fost numit.

Andrei CIURUNGA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

ORTOPEDIE

ORIZONTAL: 1. Parte posterioară a scheletului labei piciorului, formată din șapte oase, articulată la un capăt cu oasele gambei, iar la celălalt cu oasele metatarsului — Os de la genunchi pînă la șold. 2. Oasele care formează partea anterioară și laterală a bazinului — Lichid intracapsular ce apare frecvent în traumatismele genunchiului. 3. Luări peste picior. 4. Operație realizată cu iu-teală de mină — Extremitate apicală! 5. Partea posterioară a iliacului! — Organ făcînd parte din aparatul genital feminin — Apărute după o operație de osteotomie! 6. Os proeminent care unește laba piciorului cu partea de jos a gambei — Articulat la cap! — Otorinolaringologie (abr.). 7. Grup de opt oase mici care alcătuiesc scheletul încheieturii minii — Prima parte a ischionului!... — ...și o parte a ilionului! 8. Scos din ghips — Paralizat de picioare. 9. Element de bază al scheletului, de ale cărui boli se ocupă ortopedia — Izolați. 10. Partea anterioară a calcaneului! — Porțiune a piciorului cuprinsă între gleznă și degete (pl.).

VERTICAL: 1. Os lung și gros al piciorului, situat între genunchi și gleznă, lîngă peroneu — Excrescență osoasă la nivelul vertebrelor sau al calcaneului. 2. Margine medială! — Parte a piciorului cuprinsă între șold și genunchi. 3. Parte a piciorului cu care se lovește de obicei mingea — „Vindecă” durerile de șale. 4. Os triunghiular (format din cinci vertebre sudate), așezat în partea de jos a coloanei vertebrale, care, împreună cu oasele pelviene, formează bazinul — Mic orificiu pe suprafața pielii care corespunde cu canalul secretor al glandelor sudoripare și sebacee. 5. A merge la doctor pentru consult (pop.) — Deviație de sept! 6. Persoane cu o pregătire medicală medie, care asistă pe medic — Cuprins anatomic. 7. Soră medicală. 8. Ferment — Falanga din mijloc! 9. Rupt în zona mediană! — Membrană conjunctiv-fibroasă care învelește osul. 10. Ramură a medicinei care se ocupă de examinarea corpului omenesc (deci și a oase-lor) cu ajutorul razelor X.

DICTIONAR: API, SEP.

Mihai Marian POPESCU

Suferința m-a obligat să dau ochii cu medicul dar de cum i-am trecut pragul cabinetului mi-am amintit că oamenii acestei generoase profesii, fiind ocupați pînă peste cap, timpul pentru consultația bolnavilor este limitat.

— Bună ziua, sufăr de amnezie — l-am înștiințat, trăgînd ușa după mine. Uit totul și, în general, îmi voi pierde și ultimele fărîme de memorie.

Medicul a răspuns la salutul meu și m-a rugat să iau loc. A înălțat chiar ochii spre mine și a suris cu în-bărbătare. Era efectul impresiei bune produse asupra lui de mărturisirea mea sinceră.

— Așa, deci, stați rău cu memoria — constată el. Cum vă numiți?

La aflarea numelui de familie dispăru după un paravan ca să se spele pe mîini. Se spălă îndelung. Am înțeles că memoria mea va fi pipăită de mîinile lui curate și m-am convins încă o dată de asta cînd mi-a deschis ușa spre care trebuia să mă duc.

În fine, stăpînul cabinetului, mirosînd a prosop curat și săpun de ouă, apăru de după paravan. Mult timp se scotoci prin buzunarele hălatului. Fără a căuta ceva anume prin ele, își aținti ochii spre mine și mă salută:

— Bună ziua.

— Bună ziua, am răspuns.

— Ce v-a adus la mine?

— Memoria, v-am spus.

— Ah, memoria... Ce-i cu ea?, se informă medicul.

— Nu-mi amintesc nimic — am repetat. Uit totul pe loc.

— Cum așa? Nu-i bine să uitați totul — m-a mustrat. Foarte grav... Cum vă numiți?

Am repetat numele de familie și l-am adăugat pe cel mic. Pur și simplu pentru a-mi verifica memoria.

Așezîndu-se la birou, se apucă să examineze istoricul bolii:

— Așa, ce vă supără? — se interesă, continuînd să scotocească prin hîrtii.

— Mi-a slăbit memoria — am șoptit.

— Foarte clar, foarte clar, — dădu din cap. Înseamnă că memoria dumneavoastră funcționează cu multe lipsuri...

Ce s-a mai întîmplat cu lipsurile memoriei mele n-am mai apucat să aud: medicul a fost chemat la telefon. S-a reîntors tîrziu. Și revenind, surise larg și-mi strînse mîna:



— Bună ziua, bună ziua! Mi se pare că ne cunoaștem. Unde ne-am întîlnit? Nu cumva la familia Karklasov?

— Da — am confirmat —, am făcut cunoștință. Numai că nu la familia Karklasov.

— Ba da. Am o memorie excepțională. O dată dacă văd un om, nu-l uit pe toată viața. Ce vă supără? Se pare că șchiopătați!

— Nu, memoria — am șoptit.

— Ah, da, memoria! Astăzi, deja mi s-a mai plîns cineva de asemenea indispoziție. Înseamnă că memoria dumneavoastră șchiopătează! Să examinăm...

Iarăși n-am apucat să-i explic ce-i cu memoria mea: pe ușa își virî nasul un tip gâlbejit.

— Doctore — hîrîi el —, mi-ați dat o rețetă...

— Îmi amintesc — îl calmă medicul. Vă tratăm

memoria.

— Stomacul — opină gâlbejitul.

Primind rețeta, a dispărut, iar medicul s-a întors spre mine. De data asta nu m-a mai salutat, fapt care m-a supărat puțin.

— Uite ce-i — zise el hotărît. Vă dau o trimitere și mîine, dis-de-diminează, vă veți duce la laborator. Vom face explorări.

— Pentru memorie? — m-am speriat.

El rise condescendent. Se vedea că posedă simțul umorului.

— Pentru stomac — îmi făcu cu ochiul. Toate cele bune.

— Toate cele bune — m-am ridicat eu.

A dispărut după paravan. Iarăși se răspîndi mireasma de prosop și săpun de ouă. Am înțeles: dacă nu voi schimba tactica, ajung să înnoptez în cabinet. Deși îl sîcîisem foarte mult pe acest om, cu toate că zi și noapte i-aș fi ascultat cu plăcere salutul amabil și aș fi inspirat aroma săpunului de ouă, totuși era cazul să mă gîndesc și la interesele celorlalți bolnavi pentru care nu mai rămînea timp de consultație.

Cînd reapăru de după paravan, nu-mi mai amintesc care a dat primul „bună ziua”. Se pare că ne-am salutat simultan.

— Ce boală vă supără? — s-a interesat.

— Nu-mi amintesc — am îngăimat, retragîndu-mă spre ușa. Am uitat...

Surise din nou și făcu cu ochiul: indiscutabil, aprecia umorul.

— Nu-mi aduc aminte — am repetat, deschizînd ușa.

— Nu cumva să uitați să faceți explorări pentru stomac — străbătu pînă la mine glasul lui grijuliu. Dis-de-diminează.

— Mulțumesc — am răspuns de pe coridor —, nu voi uita! Numai de n-aș șchiopăta de-a binelea...

Traducere de
Stelian CEAMPURU

3 FABULE

de Aurel BARANGA

PUNCTUL DE VEDERE

Ce diferență este între viespe și albină?

A întrebat o dată ursul

Spre lămurirea lui deplină.

— „Colosală”, strigă o sulfină

Cu putere:

— „Una dă fiere și cealaltă miere”.

— „Ba v-o spun din inimă

Că distanța-i minimă:

Numai de o literă”

Sușoti o viperă.

Controversa e atît de fundamentală

Că face inutilă orice

MORALĂ

Doar un sfat: cînd ceri o părere
să știi că există „punctul de vedere”.

FABULA FABULISTULUI

Nu știu din ce pricini și în care scop

La Fontaine îi spuse, tainic, lui Esop:

— „Numai pot colega, urlu, dau cu ranga,

N-ai văzut ce face Aurel Baranga?

Ne lovește-n piine și în meserie...”.

Îi răspunde Krîlov, plin de perfidie:

— „Știu eu o pedeapsă pentru acest mișel”.

— „Care, scump colega, spune-mi-o și mie”.

— „Să-l lăsăm să scrie

Și scăpăm de el”.

Nu căutați

MORALA și alte implicații.

Ci rețineți faptul: mă iubesc confrății!

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE

Orice fabulă

E o vocabulă

De leac.

Transmisă din veac în veac

Și ca orice medicament eficient,

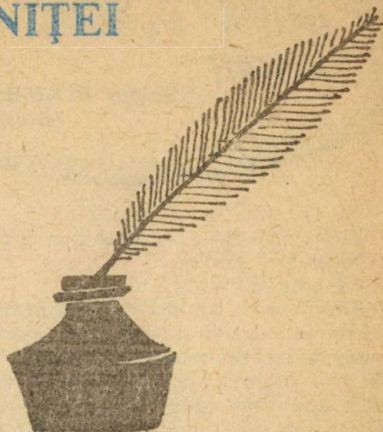
Administрат inteligent,

Luat cu grijă și la soroc,

Vindecă pe dată

sau de loc.

DIN VÎRFUL PENITEI



— Domnule director, vă rog să treceți cu buretele peste diferențele dintre mine și dv. ca o dorință sinceră de angajare la mai bine în viitor și cea mai fericită ocazie de a vă ura la mulți ani de ziua dv. de naștere, putere de muncă și realizarea tuturor dorințelor, și ale dv... dar și ale mele!

— Ionescule dragă, sînt atît de emoționat de pocăința ta încît îți mulțumesc de urare și sînt gata să uit tot ce-a fost între noi cu condiția ca să-mi spui cu multă sinceritate care sînt dorințele tale?

— Păi, dacă tot ce a fost în trecut s-a uitat și acum e pe sinceritate, vă urez din toată inima, domnule director, înălțarea dv. într-un post mai mare din rețeaua sanitară, corespunzător capacității dv. și minunatelor aptitudini organizatorice pe care le aveți, pentru că dv. meritați mult mai mult!

— Ionescule, nu numai că m-ai uluit, dar să știi că gînd la gînd ne-am potrivit! Pentru că și eu, ca și tine, am avut dorințe care mi s-au realizat... odată cu ale tale!

— Îmi vine să vă îmbrățișez!

— Rămîne de văzut!

— Cum adică?

— Păi eu am fost avansat director al direcției sanitare județene, iar pe tine te-am propus ca medic coordonator — corespunzător capacității și aptitudinilor tale de organizator — la o stație-pilot pe linie de O.M.S. la... Ghergani din Deal!

— Imposibil.

— Cum așa Ionescule?

— Pentru că avînd în vedere calitățile pe care le am și pe care și dv. mi le recunoașteți — căci dv. mi-ați făcut referatul favorabil Gherganilor din Deal — cei în măsură să hotărască au găsit oportun să mă numească mai bine... principalul dv. consilier, în calitate de medic-inspector, în noua funcție pe care ați primit-o!

George M. GHEORGHE

DUPĂ GLASUL INIMII

Valentin PLAMENOV
(Bulgaria)

Mi s-a defectat automobilul.

La serviciu am avut parte numai de neplăceri.

Soția m-a părăsit.

Ce este de făcut?

Am plecat la un medic, la un psihiatru. Mi s-a întâmplat cutare și cutare — i-am spus, am ajuns la capătul răbdării, doctore. Nu mai pot, nu mai suport. Medicul a stat o clipă pe gânduri, apoi mi-a spus: Și cum e cu inima? Ce are a face asta cu inima?, am întrebat eu. Omul, a spus doctorul, nu are voie să fie disperat cît timp îi mai bate inima în piept. Ascultați-vă inima și ea o să vă spună cum să trăiți mai departe fără griji și fără stresuri. Și a poftit din ala de așteptare un alt pacient.

Am ieșit în stradă cu zîmbetul pe buze. N-am plătit nimic pentru consultație, psihiatrul mi-a recomandat să mă duc la un film. Și chipurile a-mi ascult glasul, vocea inimii.

Vocea inimii! Glasul inimii! Dacă te-aș fi ascultat, de mult timp aș fi umblat gol și desculț.

Cîndva inima mea s-a îndrăgostit de o femeie, dar eu m-am căsătorit cu alta.

Inimii mele îi plăcea natura, iar eu am închis-o într-un birou. Ea voia să-mi spună adevărul, eu am trîncănit absurdități.

Cei de vîrsta mea au făcut cîte un infarct, eu nici-unul. Din cînd în cînd mă mai prinde cîte un banal guturai.

Inima mea de mulți ani nu mai vrea să vorbească cu mine. Este drept? Mi-am prins pulsul. Bate nebunește. Deh, meseria lui!

Mi-am reparat automobilul.

La serviciu am făcut un scandal nemaipomenit, acum cu toții umblă în jurul meu în virful picioarelor.

Și cu femeia am făcut ordine. Să mai îndrăznească. Cu mine nu se poate juca. Dacă încă o dată se hotărăște să plece, o învîrt de nu mă uită pînă la moarte.

A rămas numai psihiatrul. Am vrut să-i spun cîteva din înțelepciunile vieții.

„Inima, domnule doctor, nu știe nimic despre viață.

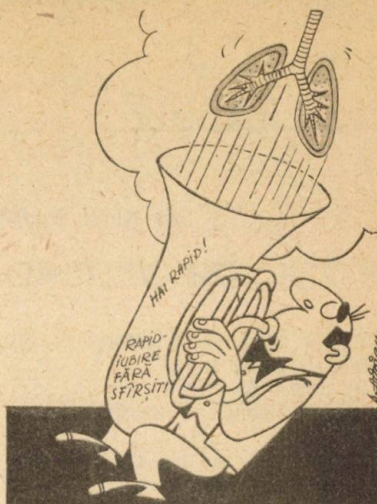
Pe urmă, domnule doctor, sînt două categorii de oameni: unii trăiesc cu inima, alții cu coatele.”

M-am reîntors la policlinică.

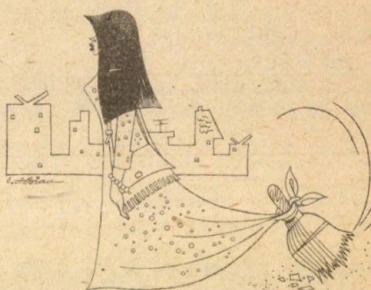
Cît am reflectat în acest fel mi-a venit și mie rîndul. Am renunțat. Să-i vindece psihiatrul pe alți pacienți, să-i sfătuiască să se lase conduși de vocea și glasul inimii!

Eu rămîn în continuare la părerea mea, care este mai bună decît a doctorului.

Traducere de T. CUTLIC



Adrian DRAGOMIRESCU



Adrian DRAGOMIRESCU

Rondel de bilanț stomatologic

O las încolo de sinteză.
Durerea mea a fost prea mare,
Deși, s-o fac aș mai putea
Și-apoi s-o prind cu-o pioneză,

Că zilnic „prind” cîte ceva,
Dar cu statura mea obeză
O las încolo de sinteză:
Durerea mea a fost prea grea.

Scăpat de clește și de freză,
Promit solemn că-n viața mea
Nu voi mai trage la masea
(Voi trage numai la proteză)

O las încolo de sinteză.

Costache PLĂCINTĂ

UN GÎND ÎNTR-UN RÎND

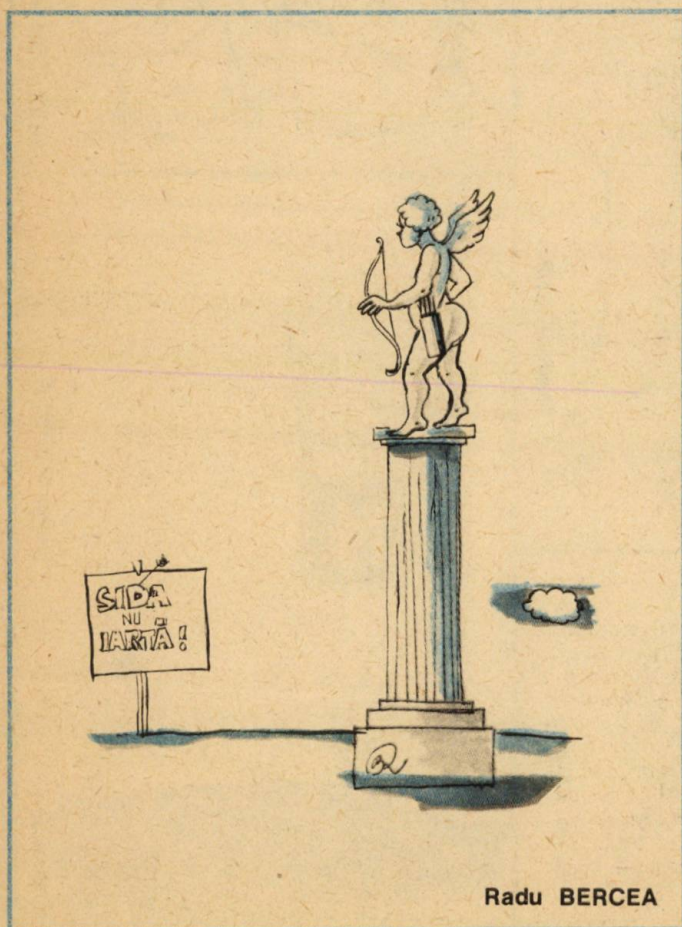
- Somnambulul? Un tip care nu visează că merge, merge că... visează.
- Unii poartă ochelari tocmai pentru a vedea lumea... cu alți ochi.
- S-a produs un produs cosmetic pentru obraji care crapă... de rușine.
- Încă o invenție: somnifer pentru elefanții care dorm... iepurește.
- Ei i se rupse inima... El o cîrpi.
- A slăbit foarte mult din cauza... tăriei.
- Deși se cîntărea zilnic... nu slăbea deloc.
- Tot bînd în sănătatea fiecăruia și-a pierdut propria-i sănătate.

Ananie GAGNIUC

Minidicționar medical

- BOLNAV ÎNCHIPUIT = Pacientită... cronică.
- CURĂ DE ÎNTREȚINERE = „Alimentație”... medicamentasă.
- LINGURITĂ = Tacim farmaceutic.
- PUNCT FARMACEUTIC = Spițerie... pînă la un punct.
- SALVAREA = Mașina vieții.

D. C. MAZILU



Radu BERCEA



RUGĂMINTEA UNUI POET

Soartă, te-aș ruga ceva:
Lasă-mi Timpul, nu-l lua,
Că m-am afirmat tîrziu
Și-am atîtea să mai scriu!

Știu că ai și tu un plan
Dar mai dă-mi răgaz un an
După care, îți promit,
C-am să trec în Infinit!

Și, altminteri, vreau să spun
Că ce e prea mult nu-i bun.
Și-s atîți acei cu tocul
Care-așteaptă să-mi ia locul!

Însă eu ce-am zis, am zis;
Uite, chiar îți dau și-n scris.
Astăzi: ziua, luna... atît.
Anul... nu l-am hotărît!

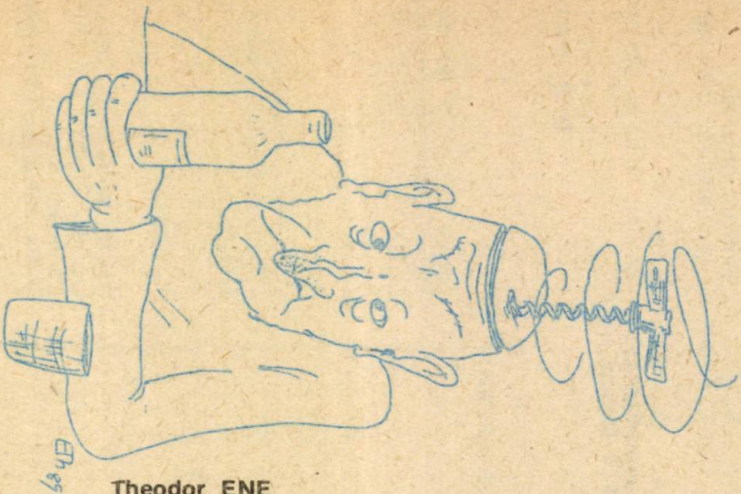
D.C. MAZILU



RISOTERAPIE



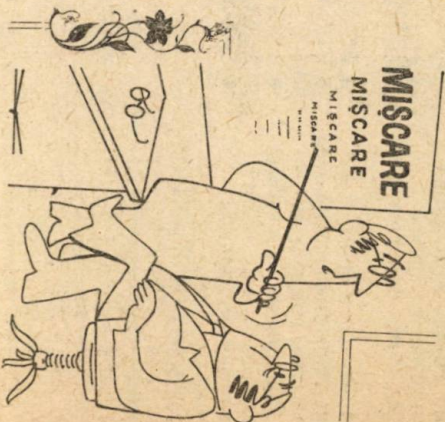
ANDO



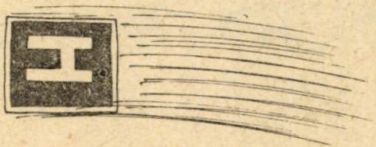
Theodor ENE



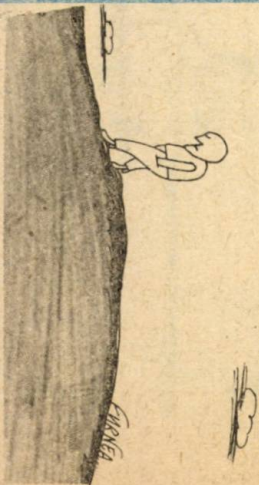
Viorel SANDU

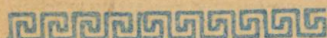


Virgil TOMULEȚ



Traian FURNEA





NEPREVĂZUTUL

Ucă: Iar ai întârziat!
Pințu: Nu zău, ești sigur?
Ucă: Poate oi fi greșit, greiere teșit!

Pințu: Alte porecle mai știi?

Ucă: Ai prins glas?

Pințu: În orice caz, nu scîrție de damf și mahmu-reală ca al tău.

Ucă: Mie-mi zici astea?

Pințu: Ție! Halal să-ți trăiască cine te-a educat, colega!

Ucă: Mie să nu-mi spui colega, că... Noroc că-s în toane bune azi! Ne vine un șef nou... Și ce-i de rîs în treaba asta, mă?

Pințu: De tine, păcăto-sule... Ce am eu în mină acum?

Ucă: Buletinul lunar intern al instituției... Și ce-i cu asta?

Pințu: Dă-mi voie să-ți citesc rar la pagina doi. Fii atent: „În baza Ordinului... așa... I. Pințu, repet: I. Pințu, este numit director al personalului... Poartă data de ieri. Te rog verifică cu ochii tăi de broască.

Ucă: Și ce-am eu cu asta? Să vină, că-i om de treabă... Sînteți rude?

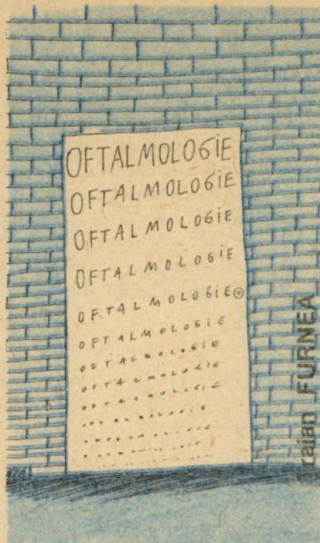
Pințu: Sîntem veri primari. Am crescut împreună... Sîntem ca frații!

Ucă: Mare noroc pe capul tău și al meu. Sîntem doar colegi, nu?

Pințu: Parcă ți s-a schimbat glasul, bețivule!

Ucă: Nu mi-ai spus nicio-dată așa... la o țigară și... Ești de acord să copiez procesele verbale de expedieri în locul tău?

Pințu: Mare ticălos ești! Asta pentru că noul director, vărul meu lancu, orfan de la cinci ani și crescut de mama...



Ucă: Să-ți trăiască și la mai mare, ministru să-l văd!
Pințu: Ucă!

Ucă: Spune, colega!

Pințu: Îmi mai pui cerneală în paharul cu lapte?
Ucă: Glumă proastă, uit-o!

Pințu: Crezi că se pot uita trei ani de chin?... Când o afla vărul meu lancu cite am îndurat din cauza ta...

Ucă: Vrei să mă nenorocеști? Pedepsește-mă tu mai bine. Ție ți le-am făcut, de la tine să vină!

Pințu: Și le primești?

Ucă: Din toată inima!

Pințu: Bine! Uite, am să sacrific jumătate din porția mea de lapte. Dă-mi voie să-ți torn...

Ucă: Să știi că faci un mare sacrificiu...

Pințu: Încă n-am terminat: toarnă-ți cerneală în lapte și bea-l!

Ucă: Colega, dragul meu, nu pot!

Pințu: Crezi că eu am putut?

Ucă: Tu n-ai știut, dar eu?

Pințu: Bine!... Atunci scriu memoriul...

Ucă: Stai! Uite, beau! Aoleu, mor! Te-ai răzbunat...

Pințu: Încă nu, colega, mai am un mizilic pe ziua de azi.

Ucă: Iarăși?!

Pințu: Ai gumă arabică în sertar?

Ucă: N-am.

Pințu: Cum n-ai? Când mi-ai stropit pateul cu gumă arabică ai avut!

Ucă: N-a fost vina mea; s-a spart sticla și...

Pințu: Du-te la administrație și ia o sticlă proaspătă. Și rapid! Dacă nu...

Ucă: Am zburat!

Șeful contabil: Bună dimineața! Văd că citești ziarul, tovarășe Pințu.

Pințu: Mă privește personal. Pe mine și pe directorul lancu Pințu, vărul meu.

Șeful contabil (izbucnește în rîs): Măi Pințule, ziceai, credeai cumva că-i vorba de lancu Pințu?

Pințu: Vărul meu... fratele meu...

Șeful contabil: Ce eroare! Regret că te dezamăgesc, dar e vorba de Ion Dumitru Pințu, tot din Centrală. Și acum, te rog să împătorești ziarul și...

Pințu: Să trăiți! Vă rog să mă iertați. Credeam...

Șeful contabil: Bine, mă. Ai visat și tu, se mai întîmplă. Lasă că știu că ești un om de ispravă, deși te cam sîciea Ucă ăla al tău...

Ucă: (intră): Să trăiți, domnule contabil șef!

Șeful contabil: Pe unde te plimbi Ucă?

Ucă: Nu mai aveam gumă arabică... și...

Șeful contabil: Bine, bine. Vedeți-vă de treabă! (iese)

Ucă: Dragă colega, n-au mai avut din cea lichidă și am luat-o ne asta, pastă. Dă-mi voie s-o gust... Ah, dacă ai ști ce silă îmi e!

Pințu: Dacă ți-e atît de silă, atunci las-o, măi Ucă.

Ucă: Cum ai zis? S-o las? N-o mai mănînc?

Pințu: O mănînc eu, măi Ucă. Uite! Vezi! N-a fost greu deloc... Mai dă-mi o porție.

M. ARSENE

AFORISME

● Femeile întreabă mereu dar nu ascultă răspunsul fiindcă pregătesc altă întrebare!

● Îți fâgăduiesc, doctore, să urmez cu strictețe regimul pe care mi l-ai ordonat, cu toate neplăcerile lui. Îmi garantezi, însă, că acest regim mă va prezerva de o pneumonie, de înec sau de roțile unui camion? Nu. Atunci, lasă-mă-n pace!

● Mintește înțeleptului e făcută din o mie de minți ale altora. Numai nebunul se lasă dus numai de mintește lui.

● Nu vorbi numai dumneata, dacă vrei să mă convingi. Lasă-mă și pe mine să vorbesc, să-mi descoperi slăbiciunile și mă vei convinge mai ușor.

● Nu-ți purta în lume boala, oboseala muncii, aburii vinului, solemnitatea gloriei. Sint lucruri care nu interesează pe alții.

Victor EFTIMIU



BOTANISTUL ÎNDRĂGOSTIT

Te iubesc de-acum un an,
Frunza mea de Leuștean;
Cînd te văd mă trec florii,
Floarea mea de Ceapa ciorii;
Te-aș sorbi de dimineață,
Într-un ceai de Izmă creasă,
Fiindcă parcă m-a-nțepat
Limba soacrei la ficat.
Înțelege-al meu elan,
Florică de Bostan,
Colilia Moșului,
La Creasta cocoșului
Și mîngîie-mă ușor
Cu minuța ta prin Păr.
Și cînd plec, de dragul meu
Tu să porți la pieptul tău
De dorul năucului
Tot Laptele cucului.
Te iubesc în nopți cu lună,
Floarea mea de Mătrăgună.
Pentru mine ești făcută,
Scumpă floare de Cucută,
Și nîcîcînd nu te-oi uita
Căci ești Păpădia mea.
Te ador iubita mea,
Vin la pieptu-mi, nu mai sta.
Sărută Gura leului,
Privind în Ochiul boului.

De îndată, fermecată,
Ea-i răspunse încîntată:
Inima ți-o dau în dar,
Dragul meu documentar
Și-ți propun un lucru rar:
Facem nunta la PLAFARI!

Paul Mihail IONESCU

SFATURI



Vrînd în frunte să rămîie,
Neglijează sfatul bun!
Văd cum fumul de tutun
Se prefăce în... tîmîie!

Nicolae GHÎTESCU



„Îmi fuse dat amar destin,
O viață-nțreagă tot pelin!
Acuma moarte, stai puțin,
Ca să pipez o țigărică, ș-apoi... vin!”

Traian GĂRDUȘ

Mircea DRĂGAN

DEZLEGĂRI

Farmacia din grădina țării: PADUCEL — FV — ANASON — ORI — PELIN — AFIN — ASA — URZICA — DT — ARS — LOT — IERNI — BIS — IZMA — POT — P — IN — ALA — CI — AC — ODOLEAN — LEMN — PĂCII.

Floare de colț: INSERAT — SCOR — NAPI — MUSCATA — TEI — CERCE-LUS — R — CORN — INE — A — EL — CETINA — TR — CIV — SIMT — GRI — ELITA — BECHET — RASA — TAITEI — I — CRAITE — RER — TO-CANA — SERA — DESAGA — PATAT — SPIT — ROSEATA.

Ortopedie: TARS — FEMUR — ILIACE — APA — BASCALII — D — I — TRUC — API — AC — UTER — EO — OU — AR — ORL — CARP — IS — IO — IPSOS — OLOG — OS — RETRAȘI — CAL — POANTE.

Medicală: FARMACISTA — ALIENATE — T — GINDITOARE — ON — IMAS — EL — CALCAR — ACE — IR — AT — CIU — TERMOMETRU — O — DERMA — ER — ZI — NI — FENE — ATIT — CARTE.

Imunologică: ETEROANTIGEN — PINOCITOZA — I — IM — ZED — L — IAC — TOLEROG — XO — OPET — MU — OTEL — PO — ANATOXINA — IA — A — IPA — IU — REVERSIE — CC — ATAXIE — REA — R — PIRA — REAGINA — ENI — E — STA — OS — LAIBARE — LANT.

Sanguină: CIRCULAȚIE; Biochimică: AMINOCID; Dermatologică: CHE-RATITA; Igienă: CURĂȚĂTORIE.

Tevatura a început cînd Hercule a fost înștiințat, după cele 12 munci, că o va avea de îndeplinit și pe-a 13-a; în fapt, o revanșă cerută de taurul lui Poseidon, pe care-l învinsese cîndva, cînd cu munca a 4-a sau a 5-a.

Reintrarea în lumea marelui performanțe a fost anunțată în Olimp cu surle și trîmbițe, ca un adevărat meci al secolului; lucru care lui Hercule i-a făcut plăcere, pentru că, o fi fost el semizeu, dar partea asta cu publicitatea o avea cît se poate de omenească. Numai că... (Of! Cînd ți-e lumea mai dragă trebuie să intervină acest „numai că”) Hercule nu mai era Hercule cel cunoscut, admirat și, uneori, temut. Normal: după săvîrșirea celor 12 extraordinare isprăvi se cam culcase pe laurii victoriilor, ceea ce, în limbaj mai puțin antic, ar vrea să spună că intrase lenea-n el. Nu mai făcea nici cel mai mic efort fizic, stătea ore-ntregi în fața papi-rusurilor care-i evocau ispră-vile de odinioară (dacă ar fi existat și televizor ar fi stat, neîndoielnic, alte ore și în fața micului ecran), renunșase, tot din comoditate, la simpla gim-

nastică matinală, iar pe jos nu mai mergea nici pînă la cele trei grații, care locuiau tot în Olimp, după colț.

Să ne mirăm că după aseme-nea viață sedentară arăta mai bătrîn și mai fără vlagă decît Homer, și că din forța și sprinteneala lui nu mai rămă-sese decît amintirea? Și, vai, tocmai acum primi vestea celei de-a 13-a munci! Pasămite, de bucurie, taurul lui Posei-

ALTĂ LEGENDĂ A OLIMPULUI

don se mîngîia, în taină, pe fioroasele-i coarne, în timp ce Hercule intră în panică. „Ooo! Cum să revin la forma care m-a consacrat? Cine să mă ajute?”, se tînguia el. Și, ca orice om la grea cumpănă, se duse întîi la maică-sa, fru-moasa Alcmena. Dar aceasta nu i-a fost de nici un ajutor: ea, ca orice mamă, îl vedea tot puternic. E clar: nu înțelegea problema.

În disperare, se duse la Mel-pomene. Aceasta, ca muză a tragediei, îl sfătui să joace

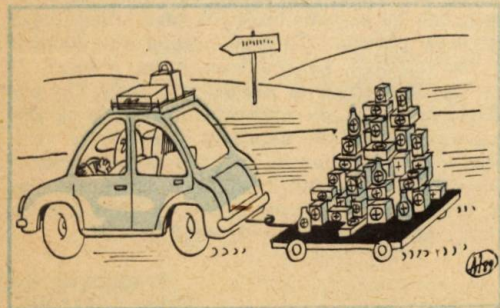
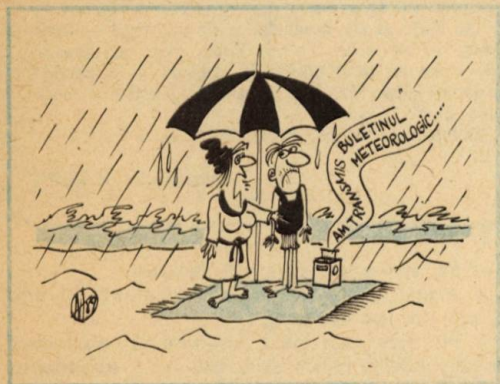
teatru, prefăcîndu-se că e mai zdravăn ca în realitate. Se duse apoi la Cupidon, care, cu bunăvoință, îi oferî săgețile lui. Numai că tirul cu arcul se dovedi un exercițiu fizic cu tot atîta mișcare ca pescuitul sportiv. Ceru, în sfîrșit, sfatul Terpsihorei, ca muză a dansu-lui; ea îl și invită la un Da-men-Tango, acesta fiind, nu-i așa?, un exercițiu fizic pe spe-cificul ei. Dar cu plusul său de greutate (oh, ce rotunjimi că-pătase!), bietul viteaz aban-donă gîfîind după a patra piru-etă.

E de la sine înțeles că pînă la urmă taurul lui Poseidon cîștigă prin neprezentarea ad-versarului. De atunci Hercule umblă cu munca de lămurire din om în om, pentru ca ni-meni să nu se mai lase pe tîn-jală. „Iată, spune el, care-i ur-marea: nu mai poți face față nici măcar unui taur”.

Unii socotesc această ac-țiune profilactică drept cea de-a 14-a muncă a sa.

Dacă-i așa, propun să-i urăm succes. Că altfel, legenda se face de basm.

Homer de serviciu
Fred FIREA



Adrian ANDRONIC

SANGUINĂ

(Metagramă anagramată: xxxxxxxTx—xxxxUxxxxx)

TRICICLETĂ U

Radu STOIANOV



ACEI CURENȚI BIOLOGICI

Ilia VARŞAVSKI
(U.R.S.S.)

— Cine urmează la doctorița Hippocrato? Poftiți. Maria Avicennova, pacientul acesta do-
rește să fie consultat de dv. Luați loc, vă rog.

— Care-i necazul?

— Dinții din față.

— Aici nu se pun dinți falși, aici se cresc alții noi. Este ultima metodă. Curenții biologici ai unui donator, căruia tocmai îi apar dinți noi, înregistrați pe bandă magnetică, sînt puși în con-
tact cu gingiile. Sub acțiunea lor dinții pacientu-
lui încep să crească. Dinții de lapte pot crește
într-o singură ședință, dinții de minte, cu niște
gingii ca ale dv., ar necesita doar trei ședințe.
Dacă nu vă grăbiți prea mult, v-aș recomanda,
totuși, niște dinți de minte. Cu ei veți putea
roade absolut tot ce doriți.

— Bine, atunci faceți-mi dinți de minte.

— Excelent! Acum vom alege banda. Patru
dinți din față-sus, deci. Am găsit! Donatorul Va-
siliev, în vîrstă de șase ani. Tamara, adu banda
de la banca de benzi. Deschideți gura mare.
Acum vom fixa contactele la gingiile dv. Ridicați
capul nițel. Ai găsit banda, Tamara?

— Iată-o.

— Pune-o la magnetofon. Conectează-l. Gata?

— Gata.

— Aum stați nemișcat. Îi dau drumul!

— J-j-j-j-j-j-j-j-j-j.

— Cum vă simțiți?

— Mă ustură gura tae.

— Vă ustură gura tare? Nu face nimic, tre-
buie să suferiți puțin. Merită. Ca să fii frumos
trebuie să suferi, parcă așa se spune. În urmă cu
cîțiva ani nici măcar nu visam să creștem dinți
noi. Acum, prin utilizarea curenților biologici,
putem accelera procesul de o mie de ori.

— A-a-a-a-a-a-a-a-a-a-a!

— Nf, nf, ce pacient nervos! La urma urme-
lor, v-am spus că veți avea de suferit puțin. Nu
aveți de ce vă teme, pur și simplu vă apar dinții
cei noi.

— O-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o!

— Chiar că sînteți un caz dificil! Tamara, fi-
xează-i contactele pe timp! Acum, pentru a vă
calma, vă vom administra curenții biologici ai
unui donator care urmărește o comedie la cine-
matograf. Nu, Tamara, filmele lui Jerry Lewis
nu merg aici. Anesteziază-l de tot cu Charlie
Chaplin.

— A-a-a-a-a-a-a-a-a-a-a!

— Trebuie să oprim magnetofonul! la să ve-
dem de ce țipați așa. Tamara!

— Ce s-a-ntîmplat?

— Ce înregistrare și-am spus să aduci?

— Acea a donatorului Vasiliiev.

— Și tu pe care ai adus-o?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

MEDICALĂ

ORIZONTAL: 1. Specialistă în grafologie medi-
cală. 2. Bolnave din punct de vedere psihic. 3.
Aflată într-un moment de retrospectivă. 4. Pira-
midon în final! — Masă verde — Rudotel la sfîr-
șit! 5. Piatră de var — lau parte la injecții. 6. Ali-
fie — Vindecă în sfîrșit! — Medic chinez (Tan-Ki)
1281—1358. 7. Măsoară temperatura bolnavului.
8. Țesut fibros sub epidermă — Eter 50 la sută! 9.
Bazine la centru! — Căni! — Boală grea, epilepsia
(reg. Criș). 10. Destul — Poate fi tratat medical.

VERTICAL: 1. Absorbire de către fagocite a
bacteriilor și a corpurilor străine care pătrund în
organism. 2. Efectul unui paleativ asupra unui bol-
nav — lte! 3. Prefix referitor la nas — Arde în in-
terior! 4. Speranța bolnavului. 5. Insuflețitori. 6.
Gutural — Doarme și iar doarme! 7. Fibros —
Partea unde se află cerebelul. 8. Pe cal (reg.) — Ustu-
roiat — Nerv central! 9. Boala care recidivează.
10. Utile ca prim-ajutor la fracturi — Substanță
organică albă, cristalizată, care se găsește în canti-
tate mică în urină.

Dicționar: FENE, RIN, CIU.

Heinrich ALBERT

— Pe aceea pe care ați cerut-o.

— Atunci de ce în gura pacientului cresc fire
de păr în loc de dinți?

— Nu este vina mea! Pesemne că s-au încur-
cat lucrurile la banca de benzi. Au o sumedenie
de Vasilevi acolo și probabil că mi-au dat o în-
registrare cu curenți biologici care influențează
creșterea părului. Curenții aceștia sînt folosiți
de cosmeticieni pentru înlăturarea cheliei.

— Ar fi trebuit să verificați mai întîi! Du pa-
tientul la secția de cosmetică. Spune-le că are
nevoie urgentă de depilarea membranei mu-
coase a cavității bucale. Ai grijă să folosească o
înregistrare cu curenții biologici ai unui dona-
tor care chelește rapid, și nu cu cine știe ce
prostii pentru înlăturarea negilor!

Traducere de
Petr IAMANDI

PENTRU TOATE VÎRSTELE

Viespea rea și de o șchioapă
Ori de cite ori înțepă
Face astfel de reflecții:
„Mă pricep, deci, la injecții!”

Pisicuța vrea să ia
De bărbat vecinul ei.
Are-acas-o dușumea...
Plină stup cu șoricei.

Pe căprița ei incultă
O îndeamnă buna-i mamă:
„Hai, mănincă iarbă multă!
Ce, vrei să ajungi pastramă?”

Rîma-n undița cu ață
Zice-ncet cînd se-încovoale:
„În sfîrșit, acum în viață
Fac pină la urmă baie!”

Mica scoică are fler,
Observînd perla din ea:
„Aoleu, de-atîta ger
Mi-a-nghețat și lacrima!”

V.D. POPA

EPIGRAME

Unui sedentar gurmând

Iubirea de natură
E pentru el un crez!
Ar vrea mult s-o cunoască
Dar... e deja obez.

Poveste tristă

Era frumos ca un actor,
Un tînăr plin de har,
Dar toate se-încară
În fum și în pahar.

Unui „recidivist”

Dîndu-i-se iar o șansă,
A promis că nu mai bea.
Însă ieri era ca-n transă:
Nici să meargă nu putea.

Unui chiulangiu

Dilema lui, întotdeauna,
Are caracter formal:
Să chiulească pur și simplu
Sau să-și „ia” un „medical”?

Dr. Ilarion PULPEA

Cei doi părinți însoțesc la consultație pe unica lor fiică, absolută de liceu. Anxietate, fatigabilitate, paliditate și altele terminate în „tate”, ca în medicină. Anamneza relevă faptul că toată noaptea fata scrie versuri, iar ziua, deși obosită, nu poate să se odihnească din cauza... luminii.

Dar de ce nu scrie ziua? Medicul nu înțelege. Și... i-a fost imposibil să nu-i pomenească despre gîndirea năroadă

LITERARĂ

a celor care consideră luna cel mai important astru pentru că luminează noaptea, cînd este întuneric, în timp ce amărîtul de soare o difuzează numai ziua, cînd și așa este lumină!

Totuși, peste cîtva timp, doctorului i s-a încredințat de către pacientă, spre citire și apreciere, un voluminos dosar cu poezii. După lecturarea lui atentă, criticul improvizat, dînd în sinea lui dreptate părerii că, în principiu, o carte cu cît este mai groasă cu atît conține mai multe lucruri neizbutite, a sfătuit autoarea să revadă cu atenție o serie de versuri. A încurajat-o să continue în această activitate, atrăgîndu-i atenția că numai versurile bune o vor putea proteja atît de critica literară cît și de ceva mult mai grav: de indiferența publicului cititor.

După ani de zile, medicul a avut surpriza și satisfacția să citească în presă stihuri semnate de pacienta căreia el i-a fost, dintr-o pură întîmplare, primul sfătuitor literar.

Dr. Dinu MARES

SATIRO- ANATOMIE

OBRAZUL

Să se-ngroașe sau roșeașcă
E-o reacție firească,
La subțierea legătură
(Cea de la urechi, la gură).

PĂRUL

Abundență capilară,
Ocrotind, cu grijă, bila,
Ce Samson pierdu-ntr-o seară,
Cînd l-a tuns și ras Dalila.

COLOANA VERTEBRALĂ

Colier, purtat în viață,
Vertical, pe cît se poate;
La cei slabi, plecat în față,
La cei grei... mult dat pe spate.

TRUNCHIUL

Piept cu burtă, ce servește
Orișicărui birocrat,
Cînd rapoarte ticluiește,
Să le facă... mai trunchiat.

Stelian CONSTANTINESCU



CU HAZ

NEDUMERIRE

Am darit un fiu, să-mi vină.
Soața-a spus: „De-acord, de vrei!”
Dar, nu știu cine-i de vină,
Că... m-am pomenit cu trei!?!

CONFORMARE

Medicul i-a spus: „Ajunge!
Băutura-n cui s-o pui!”
Și, de-atunci, el bea de stinge
Dintr-o ploască pusă-n cui.

Gh. SACMARI



Redacția ziarului „Izvestia” a solicitat citorva personalități străine, scriitori, poeți etc. - chipurile cunoscători adevărați ai sufletului femeii -, să răspunda la întrebarea: „Ce-ați face dacă ați fi femeie?”

Pe **Alberto Sordi** — actor și regizor de filme (Italia) — s-ar părea că această întrebare nu l-a surprins, așa că a răspuns pe loc:

- Natural că aș fi o femeie deosebit de frumoasă, altfel n-aș vrea să fiu femeie.

- Bine, ați fi o femeie frumoasă, și mai departe?

- Mai departe nimic. Femeii frumoase toată lumea i se așterne la picioare. Este puțin? De ce ar trebui să fac ceva sau să schimb ceva? Nu. Atît: aș vrea să fiu o femeie frumoasă!

- Și ce ar fi dacă ați fi fermecător de frumoasă?

- Ce să mai vorbim? Arătați-mi o femeie care nu se crede frumoasă. Toate sînt convinse că sînt irezistibile, și au perfectă dreptate. Femei urite nu există. Sînt convinși de acest lucru. Altă părere nici nu este permisă cînd este vorba despre femeie.

Mironov Ivanov - scriitor și publicist (Bulgaria):

Aș accepta liniștit acest lucru și nici n-aș încerca să aduc ceva noutăți în purtarea mea. Asta este de altfel filozofia vieții mele. Sper că dacă m-aș fi născut femeie aș fi fost foarte frumoasă și atrăgătoare. Din naștere sînt un tip optimist, deci dacă aș fi femeie aș vrea să fiu prietena, soția sau cel puțin secretara unui bărbat cu carieră și succese, cu largi posibilități. Știu că femeilor totul le reușește mai ușor. De exemplu, dacă un bărbat vrea să devină cineva trebuie să lupte cel puțin 30 de ani, în timp ce o femeie o rezolvă în 3 zile. Cred că va veni și vremea cînd bărbații se vor avînta în lupta pentru obținerea egalității în drepturi cu femeile.

Joseph Reding - scriitor (R.F. Germania): Lumea, natura vie, precis că aș privi-o cu alți ochi; femeile au o legătură mai mare cu viața decît noi. Ele sînt apărătoarele, ocrotitoarele vieții, apărătoarele păcii. „Amazoa-nele” sînt rodul fanteziei bărbaților.

Bărbații au tendința de a gîndi și acționa în locul lor și de aceea nu o dată ajung în situații neplăcute; să nu mai vorbim de cele casnice.

Dacă aș fi femeie mi-aș dedica activitatea în folosul statului meu, care, practic, este condus numai de bărbați, și m-aș astîmpăra numai atunci cînd cancelarul federal ar deveni o femeie.

Foarte ușor îmi pot imagina ca întreaga lume să o conducem și să o dirijăm noi... femeile. Mă iertați, dar sînt complet incurcat, propriu-zis nu mai știu; sînt bărbat sau femeie? Am vrut să spun doar că femeile ar dovedi că știu să apere această lume în care trăim, să apere pacea.

Nu mai că dacă aș fi femeie aș înceta să mai fiu bărbat și, să vă spun sincer, mi-ar părea rău.

Daniel Boulanger - scriitor, membru al Academiei „Goncourt” (Franța):

Dacă aș fi femeie, aș vrea să fiu propria mea mamă. Totdeauna am polemizat mult și ea mă înțelegea foarte rar. Așa aș putea să-i explic propriu-zis cine sînt! Ne-am schimba sarcinile, un lucru care pentru ambele părți ar fi cu folos. De cînd a murit, mereu mă gîndesc la ea, deși în viață mereu am avut dispute, certuri, controverse.

Dacă aș fi femeie, aș vrea să fiu scriitoare și în continuare, aș scrie proze lungi autobiografice. Cred că scriitoarele sînt mai atente față de lumea în care trăiesc decît scriitorii; ele privesc altfel lucrurile și faptele din jurul nostru.

Cred că dacă aș fi femeie aș fi mai trumos, mai bun și mai plin de răbdare.

A fi femeie nu este deloc ceva simplu. Femeia se poate afirma mai greu în viață. Deși simbolurile Franței sînt Jeanne d'Arc și Marianne, deși există la noi și cultul femeii, cu toate acestea la oferirea locurilor de muncă sînt preferați bărbații.

Vreau să amintesc aici că în viața multor oameni mari, oameni de stat, scriitori, pictori etc. femeile au jucat un rol deosebit de serios; totdeauna au fost ascultate; ele erau bune sfătuitoare și de încredere.

Aș fi mai fericit dacă aș fi femeie?

Și femeile ca și bărbații au suficiente griji, probleme și greutăți.

Anatol Potiemkowski - scriitor și umorist (Polonia):

Ieri seară soția m-a certat, căci am făcut gălagie în bucătărie. - N-ai putea să speli vasele cînd eu nu sînt acasă? - mi-a spus trîntind ușa. Știi că eu am preocupări științifice, în timp ce tu nu faci nimic toată ziua, doar scrii!

Am închis robinetele de la chiuvetă.

- Te rog să mă ierți - am spus intrînd în camera de baie. Am călcat în virful picioarelor,



asa că am mai putut auzi ce mai spune.

- După o zi de muncă am dreptul să mă odihnesc puțin. Cum mă culc, cu o carte în mină sau mă așez în fața televizorului, deodată începi să trâncânești, să izbești vasele spălându-le sau să faci gălăgie tocind carnea. Omul trebuie să aibă o răbdare de înger ca să le poată suporta pe toate!

DIETETICA

Regimul său alimentar
Durează maximum trei zile
Și dacă nu „dă” zece kile,
Aruncă vina pe cântar.

Oțet de mere, ceai, pastile,
Pe toate le încercă — dar
Regimul său alimentar
Durează maximum trei zile.

După acest cumplit calvar
Aruncă-n jur priviri debile
Și lacom, cu mișcări febrile,
Infulecă, jignind barbar

Regimul său alimentar!

Stelian FILIP



Constantin PAPUC

BIOCHIMICĂ

(Rebo eliptic anagramat: 6+(4)=9)

MOCANI—IADĂ
=

DERMATOLOGICĂ

(Monoverb cu incastu anagramat: xxxxAxxxx)

ARHITECT
A

Radu STOIANOV

Am închis ușa spre camera soției, apoi ușa de la baie și am spălat acolo vasele. Apoi le-am dus pe toate în bucătărie și, liniștit, am putut să-mi cós nasturii de la cămașă.

Soția mea este un om respectabil. Lucrează la arhiva contabilității întreprinderii, unde sînt depozitate toate actele importante care au vreo contingentă cu viața întreprinderii. Este într-adevăr o muncă deosebit de importantă și nu se prea poate compara cu ceea ce fac eu. În afară de aceasta, căsnicia noastră este ideală. Dacă într-o problemă sîntem amîndoi de aceeași părere, atunci problema o rezolv eu. Dacă părerile noastre sînt diferite, atunci decide soția!

Dimineața mi-am amintit că soția are zi liberă. Am măturat în tăcere, ca să nu fac gălăgie cu aspiratorul, am șters praful. Oare ce poate fi mai frumos în casă decît pacea și liniștea? Apoi i-am adus ziarele, mi-am spălat cămașa și am călcat și ceva. Pentru calcarea lenjeriei ei am o scîndură, așa că pot să calc oricînd vreau. Acest lucru nu o enervează pe soția mea sau cel puțin se prefăce că nu. În orice caz, acest lucru nu este un motiv de ceartă.

Tocmai am terminat pregătirile pentru micul dejun pe reșoul instalat pe scîndura de călcat, cînd a sunat telefonul. Am fugit să ridic receptorul, căci putea s-o trezească, dacă cumva o fi adormit citind ziarul, și eu am vrut să am o dimineață liniștită.

Mă cheamă la telefon „Izvestia”.

- Ce ați face dacă ați fi femeie? - mă întreabă redacția:

În epoca noastră, cu o părere sinceră, deschisă, liberă în ce privește problema femeii, nu mi-a fost deloc greu să răspund la această întrebare.

- Aș face ce fac mereu - am spus. Doar că de ziua de 1 Martie aș primi un buchet de flori...

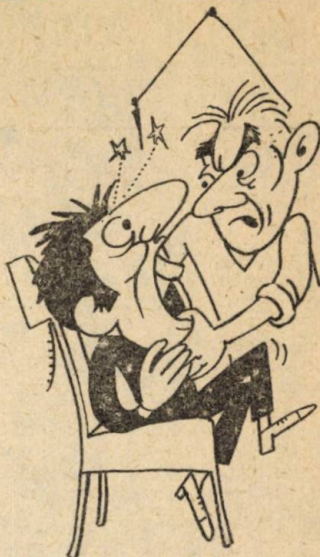
Și așa am înțeles cum trebuie să fie adevăratele femei: frumoase, înțelepte, bune, amabile, iubitoare, sprintene, indeminatice.

De fapt, așa cum sînt!

CLENCIURI



— Nu-i grav — 37 cu doi.
— Ba e! De unul știam, dar de celălalt...



— Fir-ar să fie de clește! Dau eu de el!



— Lipsesc niște buline.
— Păi, mă durea capul...



— Plec, că pierd cursa. Deci, temperatura totală o împărți la trei!

IGIENICĂ

A fost numit ca bucătar
Nu din motive culinare,
Ci că e chel și, așadar,
Nu-i cade părul în mâncare...

DIALOG

Operația i-a făcut
Doctorul fără reproș.
— Eu sînt cel ce te-am cusut.
— Și-acum vii să mă... descoși?

OASPETELE

Un oaspete e nepoftit
Cînd întîmplarea ți-l aduce,
Îți pare bine c-a venit...
Dar și mai bine cînd se duce!

UNUI FUMĂTOR

A trăit — amicii spun —
Doar în ceață de tutun.
Însă ceață — cum să spui?
Cred c-a fost și-n capul lui!

SFAT

Un proverb extras din file
Vă voi spune (fără bani):
„Cine risipește zile
Fi-va mai sărac în ani!”

ÎNDEMN

Nu sta la pensionare
Fără o preocupare.
Numai prin activitate
Se procură sănătate!

NECUVIINCIOSULUI

Cînd văd purtarea lui urîă
Constat în culmea ironiei
Că bătrînețea-i neplăcută
Dar e de preferat prostiei.

PRIMA URGENȚĂ

Dinții cînd te dor, și-i trist,
Du-te la dentist.
O dantură netratată
Este boală... garantată.

CONSTATARE

Cum tușești de zor, vecină,
Tuturor le dăvești
Nu că medicii-s de vină,
Ci că tu nu te-ngrijești!

Constant CONSTANTINESCU

Gh. ZARAFU

Gh. PENCIU

DOCTORUL NU A FOST ACASĂ

Miloslav SVANDRUK
(Cehoslovacia)

A venit la mine Blahon cu un coș plin de ouă.
— Mă doare umărul, mi-a spus, dar așa de tare că-mi vine să mă arunc în fața trenului! Doctorul Brko îmi spune că este o reumă obișnuită, dar, după cum văd, el nu se prea pricepe. Consultă într-o oră douăzeci de pacienți și își mai vede și de stupii de albine. Umărul meu are nevoie de un specialist consacrat! Un om de știință, un mare specialist.

— Aveți răoroc — i-am spus luind coșul cu ouăle — că ați venit la mine. Am un prieten, un reumatolog de talie mondială. O capacitate recunoscută și în America, și în Japonia, doctorul Iulius Susla. Îi scriu câteva rânduri și în mod precis o să vă consulte.

— Și așa putea să merg la el chiar mine? — a întrebat Blahon. Umerii parcă mi se rup, nu pot să închid ochii toată noaptea.

— Puteți să mergeți. Aveți aici adresa exactă, este în centrul capitalei.

— Sînteți un om de aur, domnule — a spus Blahon. N-am să vă uit niciodată.

Blahon a plecat și nu l-am văzut timp de patru zile. Când a venit din nou, era iar cu un coș cu ouă. Iată ce mi-a spus:

— Doctorul nu a fost acasă. A fost trimis la un știu ce simpozion în Canada. Se întoarce abia peste o lună.

— Îmi pare tare rău. Dar ce-ți mai face umărul?

— Totul e în ordine — a replicat. Eu, chipurile, i-am dus doctorului o bucată de purcel, o damigeană și... Deci ambele mele miini îmi erau tare îngreunate. Miinile îmi erau puternic încărcate, dar, interesant, acest lucru mi-a făcut bine, și încă ce bine. Pînă ce am găsit strada în care locuiește doctorul miinile îmi erau obosite ca de moarte, în schimb durerea umărului a dispărut. Și acum mă simt ca un nou-născut!

— Deci acum nu mai aveți nevoie de reumatolog, am înțeles. Ei, v-ați vindecat relativ ieftin.

— După cum o luăm — s-a posomorit Blahon — și de aceea am revenit la dv. Cînd am aflat că doctorul e în Canada, supărat, am intrat într-un restaurant. Am vîndut proprietarului proviziile și am luat apoi cîteva halbe de bere: șaisprezece; și rom de nouă ori. Apoi am intrat într-o discuție cu un vecin de masă, care pînă la sfîrșit mi-a operat nasul; nu i-a plăcut ce i-am zis. Ne-am împăcat pe urmă, dar nasul meu a rămas tot spart. Doctorul Brko susține că este o simplă fractură, dar cine să-l creadă? Am un singur nas și nu las să-mi-l trateze un simplu medic. Eu, după cum știți, pot să-mi permit un consult la un specialist din capitală! Așa că, dacă ați putea să mă ajutați...

Am pus de o parte coșul cu ouă și pe un bilețel am scris adresa unui cunoscut medic orelist...

Traducere T. CUTLIC

IMUNOLOGICĂ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

ORIZONTAL: 1. Antigen provenit de la o specie și care poate declanșa un răspuns imun la altă specie. 2. Captarea moleculelor solide din mediul celular. 3. Imun! — Amuleta egipteană — Mamifer din Tibet. 4. Preparat capabil să inducă toleranță imunologică — În axon! 5. Poet confuz! — Corp imun! — Aliaj feros. 6. Poiană! — Preparat microbial atenuat, capabil să confere imunitate. 7. Poftim — La țigar! — Chiuit. 8. Modificare malignă a profilului antigenic — Cec! 9. Imunodeficiență primară mixtă la nivelul coloanei vertebrale — Dușmănoasă. 10. Învinuire — Anticorp cu rol în declanșarea eliberării aminelor vasoactive. 11. La tenis! — A se odihni — În schelet. 12. Pieptare — Succesiune polipeptidică cu antigenitate specifică.

VERTICAL: 1. Determinant antigenic — Readministrarea unui antigen în vederea amplificării gradului de imunizare. 2. Hormon produs de timus și eliberat în ser. 3. În gene! — Liviu Enescu — Deprecieri. 4. Formațiune alcătuită dintr-o celulă centrală înconjurată de eritrocite — Axe inversate! 5. Urmă de rinocer! — Narine — Complexul eritocit-anticorp (abr. uz.). 6. Leit — Partea lichidă a singelui. 7. Net! — Nunți în nordul țării — Est-sud-est. 8. Plăcuțe metalice — Tratat de chirurgie. 9. La imunizare! — Factor nociv — Uniform. 10. Prădătoare — Titan — Drumuri. 11. Tip de animale superioare care se nasc și trăiesc într-un mediu complet abiotic — ...self, material străin în raport cu sistemul imunologic al organismului considerat. 12. Imunolog român, fondatorul Institutului de virusologie din București — Testul radioalergoadsorbentului (abr. uz.). Dicționar: ZED, GUTII, RAST.

IGIENICĂ

(Metagramă anagramată:
xSxxxxxxx—xxRxxxxxxx)

ASCUȚITOARE = R

Constanța și Radu STOIANOV

NOAPTEA SUNĂ TELEFONUL

Wenzell BROWN (S.U.A.)

ENIGMA

Omul se obișnuiește cu asemenea telefoane când lucrează în timpul unor nopți plicticoase la o redacție cum este cea a revistei „Gazette” din Three Palms. Cei ce telefonează în orele de noapte sînt diferiți indivizi care au consumat cîteva pînă hărute bune de whisky, tipi cu simțul umorului, dame isterice care au văzut oameni suspecti și care în loc să sesizeze poliția se adresează presei locale. Toate acestea fac parte integrantă dintr-o plictisitoare noapte, dar omul, după cum am spus, se obișnuiește cu ele.

Era tocmai o noapte de sîmbătă. În redacție eram singur. În întreaga clădire, în afară de mine, era doar bătrînul Bert, care este paznic, servește și la ascensor și pe care îl las în birou cînd trebuie să fac un salt la berăria lui Tobby. Nu se întîmpla nimic, nici vîntul nu vijiiia, așa că lingă un pahar de coca-cola jucam cu Bert o partidă de șah.

Bătrînul Bert, deși pare un leneș și jumătate, știe să fie indeminic. Cu un an în urmă l-a adus ceva la redacția noastră și a rămas aici. Dorința lui cea mai mare era să devină reporter. Dacă nu a reușit a primit postul de paznic, bucuros să poată rămîne într-o redacție. Pînă într-o seară sau mai bine zis noapte, cînd mi-a propus să facem o partidă de șah, nu i-am acordat nici o importanță. Eu nu joc rău, deși nu sînt un Capablanca, dar m-am convins îndată că trebuie să fiu deosebit de atent la fiecare mutare a lui Bert.

Și tocmai acum Bert a anunțat șah, amenințîndu-mă cu un mat după alte patru mutări. Enervat, am ridicat receptorul. Am auzit o voce agitată de bărbat:

— Sînteți Bill Chambers?

— a întrebat.

— Da, eu sînt.



În receptor s-a auzit un hohot nebunesc.

— Ascultă-mă bine, domnule. Aici vorbește Goode... Otis Goode...

— Și, mă rog, despre ce este vorba?

— Vreau să recunosc că sînt un criminal.

Părea ceva ca o prostie, totuși am rămas surprins. Acel bărbat putea să fie un nebun, dar și un om în stare să fi săvîrșit o crimă. Am luat un creion și notes-ul și am căutat să mă port cît mai calm.

— Bine — am spus. Și pe cine ai omorît, dragă Goode?

— Nimeni nu ne ascultă? — m-a întrebat.

— Sînt aici singur cuc — l-am asigurat și tocmai atunci am observat că bătrînul Bert a ridicat receptorul paralel. Am tușit ca să acopăr țacănitul. Am văzut că Good n-a sesizat nimic, căci a continuat cu o voce și mai pătrunzătoare:

— Îți amintești de o anumită fată, pe nume Laura Keppel, care în vara anului

trecut a fost găsită moartă pe plajă? Eu am asasinat-o.

Natural, îmi aminteam acest caz. A fost unica crimă din Three Palms al cărei făptaș nu a fost descoperit. Laura Keppel era o fată drăguță. Tocmai înainte de moarte împlinise 19 ani. Umbla cu un tînar de aici din oraș, pe nume Ron Packard. Ron a plecat să-și satisfacă stagiul militar, dar înainte de plecare tinerii s-au logodit.

După plecarea logodnicului, Laura se ducea singură pe plajă, evita societatea. Orașul Three Palms se găsește la aproximativ 60 de mile de Miami și plaja aici e mai mult goală, în special după terminarea sezonului turistic. Părinții Laurei au avertizat-o că ceea ce face este periculos, dar fata n-a vrut să-i asculte.

Într-o anumită seară, doi golani au găsit trupul ei pe nisipul plajei aproape de apa oceanului. Cînd poliția a sosit, apa deja îi acoperise un picior și mîna în-

tinsă. Căpitanul Briggs a reconstituit fără nici o greutate modul în care s-a efectuat crima. Cineva s-a apropiat de ea din spate, pe nispul ud, i-a aplicat o puternică lovitură în cap sfărâmindu-i craniul. Poliția nici n-a mai trebuit să caute obiectul cu care s-a comis crima. Era aruncat în apropiere. Era o bucată de scindură ruptă dintr-o bancă veche care fusese plasată în parcul din apropierea plajei. Scindura era străbătută de o serie de cuie ce-i mărea greutatea, iar faptul că poșeta i-a dispărut a dus la presupunerea că motivul crimei a fost jaful. Căpitanul Briggs a admis și ipoteza că poșeta a putut s-o ducă valurile. Poliția a reținut toți golanii care se găseau pe plajă. I-a interogată, dar pînă la sfîrșit a trebuit să le dea drumul, așa că omorul Laurei Keppel încă mai figura în dosarele poliției ca un caz nerezolvat.

Dar Goode a devenit din ce în ce mai nerăbdător. Azeam suflul lui accelerat.

— Ei, dar ce mai este? — a întrebat nervos. Chemi poliția?

— Nu. Am căutat doar să-mi amintesc acest caz. Goode, ascultă-mă, de ce mi le înșiri toate astea mie? De ce în această problemă telefonezi la redacția ziarului nostru?

— Fiindcă așa nu mai pot trăi în continuare, am o mare mustare de conștiință. Vreau să mă văd pe scaunul electric... și aceasta cît mai grabnic. Nu vreau să putrezesc în închisoare. Trebuie să mor repede, Chambers, mă ajutați?

— Voi face tot ce voi putea — i-am explicat. Treaba îmi părea tare încurcată.

— Vreau să pui numai o vorbă la proces, o vorbă judecătorului... Asta este tot ce vreau de la tine. O faci pentru mine?

— Natural.... natural, o fac!

— Deci ne-am înțeles — a spus cu o voce din care s-a

putut reține că era mulțumit. Acum vino după mine!

— Unde te găsești?, am întrebat precaut și parcă și puțin speriat.

— Telefoniez din holul hotelului „Baby” din Miami. Știi unde este? Dar nu vreau să stau aici. Voi merge la drogheria de peste drum. Ne întâlnim acolo, la intrare.

— Dar sînt șaiszeci de mile pînă acolo, Goode. N-ai vrea mai bine să vii tu în Three Palms? Nu am certitudinea că te voi găsi acolo cînd voi veni.

— Te voi aștepta.

— Dar cum am să te recunosc?, l-am întrebat.

— Foarte ușor. Am o mustață nu prea mare.

— Nu prea mare? Ce fel?

— Chambers, nu face pe prostul. Mustățile sînt doar la rădăcină, abia mi le-am lăsat. De aceea sînt mici. Înțelegi?

Goode a întrerupt legătura. M-am uitat la bătrînul Bert, care stătea lingă mine. Zimbea.

— Pare ceva senzațional, a spus el.

— O fi spunînd adevărul?

Bătrînul Bert a dat din umeri. Se poate! Sau e vorba de un nebuș evadat dintr-un balamuc!

— Îl chem la telefon pe Briggs — am spus ridicînd receptorul. Cu siguranță că se va enerva că-l trezesc la o asemenea oră.

Căpitanul Briggs era într-adevăr un tip brutal, chiar grosolan, dar poate l-a interesat cazul.

— Îmi amintesc de Goode — a spus el. Cînd a fost asasinată Laura Keppel l-am suspectat, l-am anchetat și l-am reținut mai bine de o săptămînă, dar pînă la sfîrșit nu am putut dovedi nimic și a trebuit să-i dăm drumul.

— Dar acum ce facem?

— Face să încercăm. Întîlnește-te cu el așa cum ți-a propus. Cînd se va convinge că ai avut încredere în el poate o să-ți mai divulge cîte ceva.

Am reflectat.

— Și dacă Goode a spus adevărul adevărat — a completat Briggs — vei primi în exclusivitate dreptul de a scrie despre acest caz. N-ai nimic de pierdut.

Eu însă m-am gîndit că pot să și risc și chiar să pierd.

Pe bătrînul Bert l-am lăsat la redacție. Aproape că i-au sărit ochii de agitat ce era. Mă ruga să-l iau cu mine. Cineva însă trebuia să rămînă la redacție.

Pe Goode l-am găsit exact unde mi-a spus că mă aștepta. Stătea la intrarea în drogheria luminat de o lampă cu neon. Micuța lui mustață se vedea foarte bine în lumina aceasta artificială. Am clacsonat. Fără grabă, liniștit, el s-a apropiat de mașină și a luat loc lingă mine.

— Sînt Goode — s-a recomandat el. Otis Goode.

Doar atît am auzit de la el pînă am ajuns pe autostradă și s-a convins că n-am venit cu polițiști. Apoi, deosebit de repede, a început să vorbească, a recunoscut că el a omorît-o pe Laura Keppel și mi-a descris cu multe amănunte această crimă.

Cum am putut să mă orientez, părea că într-adevăr el este criminalul, totuși unele amănunte le-ar fi putut afla și din ziare. De trei ori mi-a povestit cum a săvîrșit crima și de fiecare dată exact cu aceleași vorbe. Vocea lui avea acelaș ton și nuanță, vorbea ca și cum ar fi fost obligat de o anumită putere internă. Pînă la sfîrșit s-a liniștit și s-a întins comod fumînd țigară după țigară, pînă ce am ajuns în fața redacției publicației „Gazette”.

Am crezut că Goode se va enfuria cînd îl va găsi acolo pe căpitanul Briggs. Dar acest lucru nu l-a surprins. Imediat a început să vorbească despre crima pe care a comis-o. Briggs dădea din cap și mi-a făcut cu ochiul, dîndu-mi de înțeles că toate amănuntele cores-

pund. Între timp Roy, ajutorul său, stenografia declarațiile lui Goode. Doctorul Smith îl urmărea fără a spune ceva.

Întregul caz prezenta un tablou complet: Goode avea aproape de plajă o colibă și de acolo nu odată urmărea fata. Nu avea de gând s-o ucidă. A vrut doar s-o imobilizeze și să-i ia poșeta. I-a smuls-o și a fugit pe marginea apei ca fluxul mării să-i acopere urmele pașilor. Nu-și mai amintește exact ce a găsit în poșetă, lucruri mărunte, curente, cum au de obicei femeile. În afară de aceasta ceva mărunțiș și două hirtii de cîte un dolar. A luat banii și în poșetă a pus o piatră, apoi a aruncat-o în apa mării.

Cînd Briggs a terminat interogatoriul bolta cerului s-a luminat anunțînd răsăritul soarelui. Roy a închis caietul de notițe. Căpitanul s-a întors spre Goode propunîndu-i să participe la reconstituirea crimei.

Goode a hohotit puternic.

— Natural, de ce nu? a spus el.

S-au pregătit de plecare. Eu a trebuit să rămîn în redacție ca să pregătesc senzaționalul articol și să-l trimit tipografiei.

— Bill, nu vii cu noi? — m-a întrebat Briggs.

Am stat la îndoială. Niciodată nu se poate prevedea ce se poate întîmpla în timpul reconstituirii unei crime la locul faptei. Dar acest caz era mult prea senzațional ca să-mi pot permite să întîrzii cu articolul. Atunci privirea mea a căzut pe bătrînul Bert. În privirea lui se citea o rugăminte. Bătrînul era destul de isteț ca să rețină ce era mai important și mai interesant. Am rămas convins de acest lucru de cînd jucam cu el partidele de șah.

Căpitanul Briggs s-a reîntors după două ore. Ridea cu gura largă. N-am apucat să-l întreb dacă a identificat criminalul.

— Uite, îl avem pe crimi-



nal, lucru ce nu mai poate fi pus la îndoială.

— Ești atît de sigur căpitane? Sînt oameni atît de „isteți” că recunosc orice.

— Știu. Avem, în general, mai multe cazuri de declarații false decît de cele adevărate. De aceea lăsăm totdeauna cîte ceva ascuns. Aceasta este metoda noastră. Este un lucru pe care-l cunosc doar polițiștii și, natural, adevărații făptași.

— Și de data aceasta ce a fost?

— Acele bănci vechi din apropierea plajei! Băncile, cu puțin timp înainte de crimă, au fost vopsite în roșu, alb și galben. Omul

care a ucis fata a rupt întreaga bancă, scoțînd parțea din centru, căci numai aceasta avea o mai mare mulțime de fierărie. Și acea scîndură din mijloc era albă. Noi povestea cu culoarea n-am destăinuit-o.

Am ridicat sprîncenele.

— Păi, Goode putea, pur și simplu din întîmplare, să spună că scîndura a fost albă. O șansă la trei!

— Da, dar iată că n-a spus-o, a susținut că scîndura folosită de el era roșie! A demonstrat în acest fel, că nu el a ucis-o pe Laura Keppel!

— Ați spus că...

— Da, am identificat criminalul! Un anumit om ne-a atras atenția asupra greșelii lui Goode. Acel om cunoștea într-adevăr culoarea scîndurii. Acum avem și declarația lui. Totul corespunde de la A la Z. Pe Goode degeaba l-am adus aici.

— Ce tot trîncănești? Cine e atunci criminalul?

— Lanterbach — a complectat căpitanul.

— Lanterbach? am repetat eu. Cine dracu mai e și acesta?

Briggs mi-a aruncat o privire plină de dispreț.

— Vrei să spui că nu cunoști numele bătrînului Bert deși acesta este la voi de mai bine de un an? Acest bătrîn are un fel de șurub uzat; el este mult mai periculos decît Goode. Toată vara și-a petrecut-o pe plajă. A fost acolo și cînd Laura Keppel a fost omorîtă. El susține că a vrut numai banii, dar mi se pare că se mai gîndea și la altceva, dar s-a speriat. Apoi și-a găsit un loc la redacția voastră. După mine e un obsedat sexual. Doctorul îl crede nebun. Cînd Goode a luat crima asupra sa, el a fost cuprins de invidie, pierzîndu-și firea. Nu știu ce se va mai întîmpla cu el. Poate ajunge pe scaunul electric sau la o casă de nebuni. Acum dă-i drumul. Ai material pentru revista ta.

Traducere de T. CUTLIC



13 SPARGERI

Stephane LAND (Franța)

Luni, 23 iunie, „La Chronique de la Manche” publica noutatea pe prima pagină:

TREISPREZECE SPARGERI ÎNTR-O SINGURĂ DUPĂ AMIAZĂ LA OMONVILLE — LA — ROUGE

„Micul port pitoresc Omonville — la — Rouge a fost teatrul unei importante serii de spargerii ieșite din comun pentru regiunea noastră. Aceste spargerii, care au avut loc duminică după-amiază, între orele 17 și 19, sînt opera unor indivizi pe care poliția îi caută cu înverșunare. Se pare că s-au folosit de momentul distribuirii premiilor școlare pentru a-și duce la bun sfîr-

șit fărădelegile.

Prada însăși este stranie: un stilet folosit drept coup-papier, un ceas de voiaj, o lanternă, un stetoscop (de la doctorul Ferman, primarul orașului), „Arta de a fi bunic” de Victor Hugo (de la institutor), o cutie de bomboane, o colecție de cărți poștale (de la maitre Hague, notar), o brichetă, niște piatră vinată (de la preot), o eșarfă de mătase, trei mașinuțe în miniatură, un ochean și o casetă de lemn.

Caseta constituie prada cea mai importantă a răufăcătorilor. Aparține doamnei Vrétot, măcelăreasa din strada Grand Rue, și conține toate bijuteriile demnei comerciante. Ea le-a apreciat la valoarea de 2 milioane franci vechi.

Doctorul Ferman, primarul orașului, ne-a declarat: «Dacă nu ar fi fost aceste două milioane, am fi putut crede că este vorba de opera unor tineri răufăcători. Or, toți băieții și toate fetele comunei erau prezenți la mica noastră sărbătoare. Practic, toți locuitorii erau acolo. Numai eu am lipsit cam o oră; trebuia să-mi văd unul dintre bolnavi, la Anderville. Dacă este vorba de niște răufăcători, atunci nu sînt din părțile noastre».

„La Omonville populația este indignată și toți repetă aceste cuvinte: «Nu mai sîntem protejați!»».

Mărti, 24 iunie, „Afacerea celor treisprezece spargerii” mai era încă în prima pagină a ziarului „La Chronique de la Manche».

UN PRIMAR-ȘERIF ÎN LA MANCHE.

El hotărăște constituirea unei miliții populare la Omonville-la-Rouge.

„Doctorul Ferman, primarul din Omonville-la-Rouge, portul care duminică a fost teatrul unei serii de treisprezece furturi, a decis constituirea unei miliții populare care va patrula zi și noapte prin orașel spre a proteja bunurile locuitorilor.

Hotărîrea a fost luată ieri seara, ca urmare a propunerii sale, în timpul unei adunări extraordinare a consiliului municipal, la care asista aproape întreaga populație a orașelului.

Oamenii cinstiți nu au de ce se teme, a declarat domnul primar. Miliția noastră va fi compusă din voluntari. Pe rînd, cite un detașament format din trei oameni înarmați cu puști de vînătoare, va patrula pe străzi. Dat fiind faptul că miliția oficială este incapabilă să ne apere, în virtutea drepturilor polițienesci legale ce aparțin primilor magistrați comunali, decid ca locuitorii din Omonville să ia sarcina apărării în mîinile lor”.

Miercuri, 25 iunie, „La Chronique de la Mache” tipărea în pagina a treia, la rubrica locală, pe o singură coloană, rezultatul afacerii celor treisprezece furturi:

„Ieri dimineață, o patrulă a miliției civile, creată în ajun prin hotărîre municipală, condusă de doctorul Ferman, primarul din Omonville-la-Rouge, a găsit, depuse la troița din intersecția străzilor Deaumont și Hague, toate obiectele furate duminică trecută.

Domnul primar, după ce i-a anunțat pe jandarmii din Beaumont, a restituit imediat aceste obiecte proprietarilor lor. Apoi ne-a declarat: «Sînt convins că este vorba de niște puștani ce s-au amuzat dedîndu-se la un joc de prost gust. Cînd și-au dat seama de amploarea afacerii le-a fost frică și au aranjat restituirea. De-acum miliția civilă nu mai are nici un motiv să existe. În concluzie, se desființează».

Joi, 26 iunie, noaptea, în semineul casei de granit a doctorului Ferman se înălța vesel un foc de lemne. Flăcările luminau din cînd în cînd fețele doctorului și maître-ului Hague. Cei doi oameni degustau cu o deosebită încîntare un pahar de Calvados vechi, cu reflexe aurii.

Iată-vă, deci, ușurat — zise deodată maître Hague.

— Da. Nu mi-a plăcut deloc afacerea asta.

— Și ai rezolvat-o cît se poate de bine. Se simte autoritatea dumneavoastră.

— Autoritate... e mult zis. Dar trebuia să terminăm, să înfricoșăm pentru a readuce liniștea în sufletele oamenilor. În sfîrșit, totul s-a terminat. Pentru todeauna.

Maître Hague reluă aproape cu timiditate:

— Mi-e teamă că nu.

Doctorul Ferman îl privi întrebător:

— Ce vrei să spunei?

— Pur și simplu că hoții nu au fost prinși. Pentru mine nu va fi o afacere încheiată atît timp cît HOTUL nu va fi prins

— HOTUL?

— HOTUL! Căci nu s-a restituit totul. Mai există un obiect, unul singur, fără valoare aparentă, care nu a fost restituit. Și numai pentru el, pentru el singur, au fost comise celelalte treisprezece furturi.

— Maître!

— Nu mă întrerupeți, vă rog. Nimic nu a fost accidental în aceste furturi, cu excepția bijuteriilor care au dat afacerii o dimensiune pe care HOTUL nu o dorea. Am, dovada: lipsește o carte poștală, numai una, în colecția care mi-a fost restituită. Și această carte poștală acuză.

— Domnule!

— Povestea e veche. În curînd se împlinesc treizeci de ani. Era pe timpul ocupației, apoi a venit eliberarea. Eu eram în Armata I-a franceză. Pe cînd răscoleam printr-o casă din Pădurea Neagră am găsit această

colecție: o captură de război. Amintiți-vă: v-am arătat-o nu demult. Erau douăzeci și patru de bucăți. Toate reprezentau grupuri de tineri războinici în uniformele lor verzi, cu căști, surizători, cuceritori. Colecția fusese editată de către Waffen-SS pentru a-i încuraja pe tinerii din țările ocupate să intre în rîndurile unităților speciale. Or, astăzi am numai douăzeci și trei. Cea care lipsește reprezintă exact dovada de care vă vorbesc.

Doctorul Ferman zîmbi:

— Dacă lipsește, înseamnă că lipsește și dovada.

— Să nu ne grăbim. Colecția aceasta o am în dublu exemplar. Nimeni nu știa. Cînd mi-am dat seama că cea furată este incompletă, am comparat cele două serii. Și am regăsit-o pe cea lipsă. Am privit-o cu atenție pentru prima dată. Această carte poștală reprezenta un grup de Waffen-S.S. francezi, domnule... Manfer.

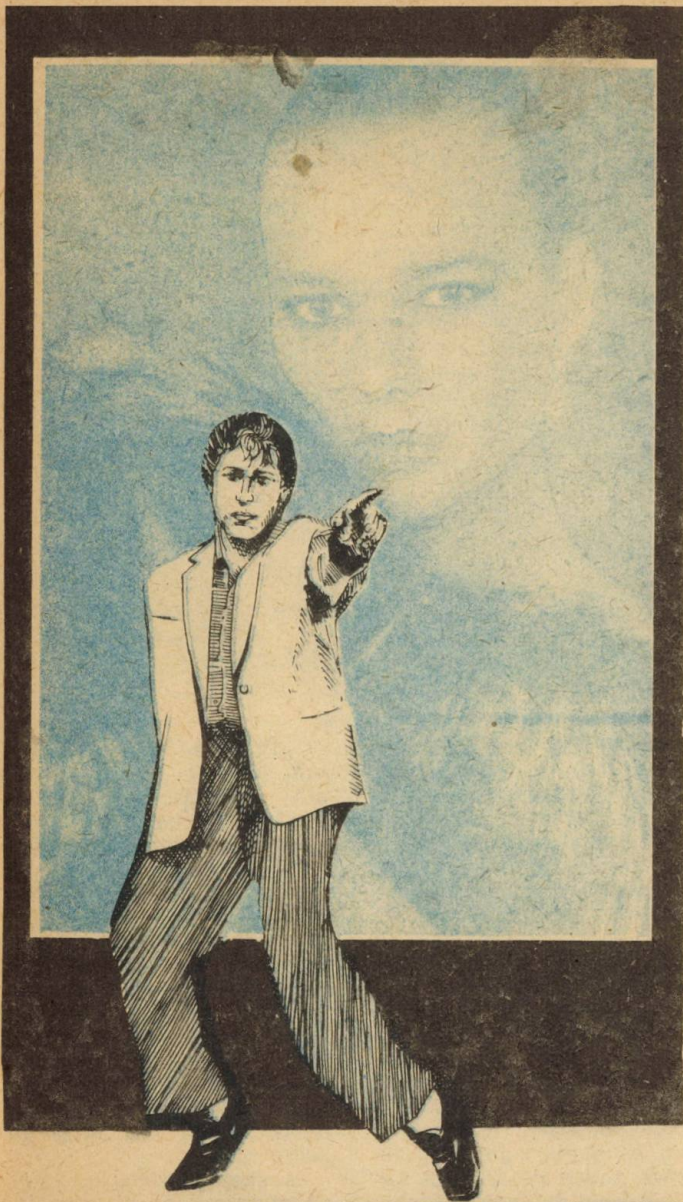
— Ferman! Doctor Ferman!

— Am zis Manfer! Dacă nu ar fi fost acest furt, cu siguranță că nu aș fi recunoscut niciodată printre acești S.S.-iști, în ciuda anilor, un anume Manfer, o brută turbată, condamnat la moarte în contumacie în momentul eliberării și pe care toată lumea îl credea refugiat în Venezuela. Dar Manfer nu părăsise țara. Și-a schimbat numai identitatea și regiunea, a terminat studiile sub un nume fals... apoi, cu anii, a devenit primarul unui mic port din La Manche.

— Gura! — Doctorul Ferman se ridicase. — Dați-mi această carte poștală! Îmi trebuie! Immediat!

— Prea tîrziu! Am trimis-o celor în drept. O carte poștală este făcută pentru a ajunge la destinatar. Cel bun.

Traducere de
Vasile SAVIN



OASPETELE DE LA MIEZUL NOPTII

Agatha CHRISTIE (Anglia)

Era noaptea de revelion. În sufrageria din Royston s-au strîns oaspeții. Domnul Satterhwaite avea șaizeci de ani. În întreaga sa viață urmărise cum se petrec dramele omenești

Societatea nu era prea mare. Amfitrionii, Tom Evesham și soția sa, lady Laura, erau oameni foarte primitivi. Era acolo sir Richard Conway, sportiv căruia îi plăcea drumeția, apoi

soții Portal. Tocmai aceștia prezentau pentru Satterhwaite un interes deosebit. Pe Alex Portal nu-l prea cunoștea, dar auzise multe despre el. Alex avea cam patruzeci de ani, păr de culoare deschisă, ochi albaștri. Îi plăcea sportul și era un tip plin de fantezie. Soția lui era o ființă tăcută. Satterhwaite știa că e australiancă. Portal s-a căsătorit cu ea în Australia și a adus-o apoi aici. Nimeni n-ar fi putut spune că era o frumusețe, că ar avea ceva atrăgător. Pe Satterhwaite îl nedumerea de ce își vopsește părul. Pînă acum n-a întîlnit niciodată o blondină care să-și vopsească părul într-o culoare închisă.

Portal a băut ceva mai mult și cînd soția sa se uita în altă parte el se uita la ea într-un mod ciudat. Ceva se petrecea aici, dar ce? Gîndurile lui Satterhwaite au fost întrerupte de bătăile marelui ceas din colțul sufrageriei.

— Miezul nopții, a spus amfitrionul. A venit Anul nou! Vă doresc tuturor mult noroc!

— Cînd eram tînără — a spus Laura Evesham —, la miezul nopții ne țineam de mîini ca într-o horă și cîntam. Era o despărțire frumoasă de vechiul an.

Evesham s-a uitat la ea neliniștit.

— Oprește-te Laura, nu se povestește așa ceva.

A trecut prin hol și a aprins toate luminile.

— Iartă-mă — a spus încet Laura. Natural că-ți amintești de bietul Capel.

— Vă este cald, doamnă Portal?

— Puțin. Îmi trag scaunul mai departe de cămin, a spus Eleanor.

— Are o voce frumoasă — a reflectat Satterhwaite.

Laura a continuat:

— Această casă a aparținut inițial domnului Capel; el s-a sinucis. Nu vom vorbi despre asta Tom, dacă nu vrei. Pentru Tom a fost o mare lovitură — a explicat ea mai departe —, căci era aici cînd s-a întîmplat

această tragedie; dar și dumneata, sir Richard, erai aici.

— Da, lady Laura.

— Am apucat Anul nou — a spus ea, și s-a uitat la doamna Portal. Eleanor s-a sculat. Să mergem să ne culcăm, da?

Cînd femeile au plecat, bărbații și-au apropiat fotografiile de cămin. Evesham și-a întins mîna după carafa cu whisky.

Afară sufla un vînt puternic. Cînd s-a liniștit puțin s-au auzit lovituri în ușa ferecată. Surprinși, s-au privit unii pe alții.

— Mă duc să deschid — a spus Evesham. Servitorul s-a culcat.

O clipă s-a luptat cu zăvorul greu și apoi a deschis ușa. În prag era un bărbat:

— Vă rog să mă iertați că am năvălit așa — a spus cu o voce plăcută. Mi s-a defectat automobilul, nimic deosebit, îl dregese șoferul, dar acest lucru va dura cel puțin o jumătate de oră și afară e un ger groaznic.

Evesham și-a revenit repede din surpriză.

— Asta este, deci. Vreți un păhărel? Putem să vă ajutăm cu ceva?

— Nu, mulțumesc. Șoferul se descurcă. Sînt doctorul psihiatru Quin Harlev — s-a recomandat.

— Luați loc, domnule Quin — l-a invitat Evesham. Acesta este sir Richard Conway, domnul Satterhwaite, domnul Portal, iar eu sînt Evesham.

Amfitrionul i-a tras fotoliul lîngă cămin. Cînd doctorul s-a așezat, focul din cămin îi lumina numai partea de jos a feței. Părea ca și cum ar avea o mască.

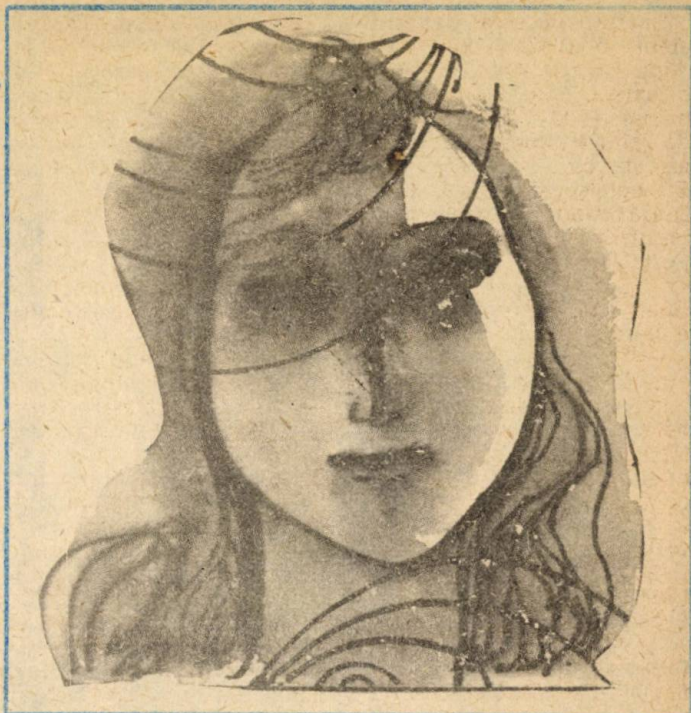
— Cînd am trecut ultima dată pe aici casa aparținea lui Derek Capel.

— Dumneata l-ai cunoscut?

— Da, l-am cunoscut.

Quin era deci prietenul prietenului, și, ca atare, a fost binevenit.

— Tocmai despre el vorbeam — a spus Evesham. Nu am cumpărat bucuros



această casă, dar ceva mai bun nu am găsit. În noaptea cînd a avut loc drama eram aici; la fel și sir Conway.

— Este un mister de ce s-a împușcat — a spus Conway — și va rămîne pentru totdeauna un mister.

— Credeți? — a întrebant Quin.

— Era la cea mai frumoasă vîrstă, o fire veselă, fără probleme, nu avea dușmani. Înainte cu cinci sau șase săptămîni a fost în vizită la noi. Era într-o dispoziție splendidă și avea capul plin de planuri de viitor. În seara aceea ne-a întreținut cu povestiri vesele; apoi, deodată, s-a sculat de la masă, a intrat în camera sa, și-a luat revolverul și s-a împușcat. De ce? Nimeni nu va afla niciodată.

— Nu este aceasta o afirmație cam îndrăzneată, sir Richard?, a întrebant Quin surizînd. O problemă nu trebuie considerată nerezolvabilă numai pentru faptul că încă nu a rezolvat-o nimeni.

Evesham a zîmbit îngăduitor.

— Vreți să spuneți, domnule doctor, că dacă noi, aici, am încearca să cercetăm cauzele morții lui Derek Capel, am putea să aflăm adevărul acum, cu toate că nu s-a aflat atunci cînd fapta s-a întîmplat?

— Desigur, domnule Everham. În decursul timpului sentimentele personale în majoritatea lor au pălit. Au rămas faptele, care, în felul acesta, sînt mai ușor de analizat. Eu în multe cazuri am elucidat diferite situații mai mult ca psihiatru...

Evesham a afișat un vădit scepticism.

— Omul trebuie să aibă o cale de ieșire — a spus liniștit Quin. „Ieșirea” are, de obicei, la bază o teorie. Cu siguranță că cineva dintre dumneavoastră are în acest sens o teorie. Dumneata, de exemplu, sir Richard?

Conway părea îngîndurat; apoi spuse:

— Natural. Credeam că la mijloc este vreo femeie. De obicei așa se întîmplă totdeauna: fie femeie, fie bani. Precis însă că nu a fost vorba despre bani.

Satterhwaite a devenit atent, observînd cum sus, după parapet, se ascundea o femeie. Ea putea fi văzută numai de la locul unde ședea el. Pe semne că aceasta asculta ce se vorbește jos. Era nemîșcată, ca fără viață. După modelul rochiei, a identificat-o pe Eleanor Portal.

— S-a pomenit în timpul cinei? despre vreo femeie? a întrebat Quin.

— Derek ne-a anunțat logodna sa — a spus Evesham. Tocmai de aceea totul ne-a părut atît de neînțeles. Ne-a spus însă că din anumite motive nu poate declara logodna în public.

— Știam despre cine e vorba — a spus Conway. Despre Majorie Dilke, o fată foarte drăguță. Ce spui Evesham?

— Nu știu. A spus că s-a terminat cu libertatea lui de flăcău, dar deocamdată nu poate trăda numele femeii fără consimțămîntul ei. Cu toții am presupus că este vorba despre Majorie. Puteau fi văzuți în mod frecvent împreună.

— Pînă ce..., a început Conway și apoi a tăcut.

— Hai Dick, spune, l-a rugat Evesham.

— Oare să fi fost într-adevăr Majorie? Dacă da, atunci pare curios că n-a anunțat logodna. De ce asemenea secrete? Pare mai degrabă că ar fi fost vorba de o femeie căsătorită.

— Este adevărat — a confirmat Evesham. Acum, dacă-mi amintesc bine, nu se mai întâlnea cu Majorie. Relațiile parcă se răciseră.

— Un lucru interesant, a menționat Quin.

— Da, parcă ar fi intervenit între ei o femeie — a spus îngîndurat Conway. În acea seară fatală Derek era neînchipuit de vesel. Părea ca beat de fericire. Dar nu știu de ce, totuși avea aerul unui îndărătnic, unui încăpățînat.

— Omul este îndărătnic în fața soartei — a menționat, cu voce sugrumată, Alex Portal.

Vorbește despre Capel sau despre el însuși? se întrebă Satterhwaite uitîndu-se la el, înclinînd spre a doua posibilitate. Se uită în sus, spre parapet. Femeia era tot acolo. Se uita și asculta.

— Capel era într-adevăr tulburat — a spus Conway. Arăta ca un om care a riscat totul pentru o minune și a cîștigat. Și apoi, după zece minute...

— În acele zece minute a trebuit să se întîmple ceva — a spus Evesham. Oare ce? Vorbeam liniștiți cînd Capel s-a sculat, brusc și a părăsit camera...

— De ce? — a întrebat Quin.

Evesham și-a încruntat fruntea, străduindu-se să-și amintească de ce.

— În acea clipă nu părea să fie ceva important — a spus. — Dar îmi amintesc acum că a venit factorul poștal. A sunat soneria de la intrare și sunetul ei ne-a tulburat pe toți; de trei zile eram ruși de lume din cauza troienelor de zăpadă. Capel s-a dus să deschidă ușa și s-a întors cu o grămadă de ziare și scrisori. Mai întîi s-a uitat prin ziare, apoi le-a dus, împreună cu scrisorile, la etaj. Cam după trei minute am auzit împușcătura. Inexplicabil — a completat Evesham.

— De loc — s-a auzit vocea lui Portal. Probabil că în vre-o scrisoare era o veste rea...

— Natural, și noi ne-am gîndit la fel. Dar Capel n-a deschis nici o scrisoare. Toate le-am găsit nedescăcute pe masă — a spus Evesham.

Alex Portal, părea deziluzionat.

— Și dacă a cetit scrisoarea și apoi a distrus-o?

— Categoric, nu. N-am găsit hîrtii rupte sau arse; în cămin nu ardea focul — a spus Evesham. În Royston pe atunci nu exista telefon, iar ca o întîmplare în bucătărie se găsea polițistul local. Înainte cu o zi unul din cîinii lui Capel dispăruse,

cineva l-a găsit și l-a adus la poliție. Acolo au constatat că este cîinele favorit al lui Capel. Polițistul îl adusesese cu un minut înaintea împușcării.

— Dar ce furtună era! — și-a amintit Conway. — Era cam pe vremea asta, adevărat? După atîția ani, omul cu greu își amintește de datele exacte.

— Afară de vreun eveniment important, a menționat Quin.

— Aha! Știu deja, a exclamat Conway. A fost precis înaintea cazului Appleton. Capel cunoștea familia Appleton. O cunoscuse cu o săptămînă înaintea morții lui Appleton. Ne-a povestit odată ce om brutal și grosolan era și cum își chinuia soția. Atunci încă nimeni n-o suspecta că și-ar fi omorît soțul.

— Aveți dreptate. Îmi amintesc că am citit în ziare că s-a aprobat exhumarea. Era chiar în ziua în care s-a sinucis Capel. Tot timpul mă gîndeam la el, care era întins mort în camera sa...

— Un caz curent dar interesant — a menționat Quin.

— Aveți dreptate, domnule Quin — a spus Conway. Parcă văd acum în fața mea camera lui Derek Capel: el întins pe jos mort, pomul mare din fața ferestrei și umbra lui pe zăpadă... lumina lunii... ca și cum le-aș avea în fața ochilor. Atunci nici nu mi-am dat seama că văd toate acestea!

— Camera era aceea mare de deasupra întării? — a întrebat Quin.

— Da, și pomul e fagul acela mare de lîngă cărare.

Pentru o clipă toți au amuțit, apoi Evesham a re-luat:

— Cazul Appleton a fost o senzație. Pe ea au eliberat-o, nu-i așa? Frumoasă femeie, o blondă minunată.

Satterhwaite și-a îndreptat ochii spre parapet. Avu impresia că femeia s-ar fi mișcat. Oare? Atunci s-a auzit zgomotul unei sticle căzute

pe jos. Alex Portal își turna whisky și carafa i-a căzut din mână. Evesham i-a oprit scuzele și justificările.

— Nu s-a întâmplat nimic! Interesant este că aceste cioburi îmi amintesc altceva: pe doamna Appleton. Și ea a spart o carafă. Appleton avea obiceiul să bea în fiecare seară înainte de culcare un pahărel de porto. În prima zi după moartea lui unul din servitori a văzut-o pe doamna cum a luat carafa și în mod intenționat a trântit-o de poadea, făcând-o cioburi. S-au vorbit multe. Toți știau ce viață grea a avut cu soțul ei. Cum vorbele n-au încetat, rudele au solicitat aprobarea exhumării și s-a constatat la autopsie că a fost otrăvit. Pare-mi-se cu arsenic.

— Nu, cu stricnină, dar n-are importanță. Pe doamna Appleton au eliberat-o însă pentru probe insuficiente. Ce s-a întâmplat cu ea? După câte știu a plecat undeva în Canada, după unii în Australia.

Evesham s-a ridicat și a umplut din nou paharele.

— Și tot n-am găsit cauza care l-a determinat pe Derek să se împuște!

Quin a ris. Era un ris ironic, dar în același timp trist.

Apoi s-a sculat. Deodată tuturor le-a părut mai înalt. A vorbit cu o voce liniștită dar hotărâtă.

— Deci: stați la masă și serviți cina. Derek Capel vă anunță logodna. Atunci toți ați crezut că este vorba de Majorie; acum însă nu mai sînteți atît de siguri. Apoi sună soneria de la intrare. Capel se duce și deschide, preluînd poșta întîrziată. Scrisorile nu le-a deschis; mai înainte a răfoit ziarele. De atunci au trecut zece ani, așa că nu mai știu ce scria în ziare, în afară de aceea că se anunța că ministerul a aprobat exhumarea cadavrului lui Appleton.

Quin a continuat:

— Derek Capel se duce în camera sa și vede ceva prin geam; perdeaua nu era trasă și se putea vedea cărarea ce ducea spre casă. Ce a văzut

ca să-l oblige să-și curme viața?

— Ce a văzut?

— Cred — a spus Quin — că l-a văzut pe polițist. El venise cu ciinele, dar Derek Capel nu avea de unde s-o știe; el l-a văzut doar pe omul legii.

Tăcerea s-a așternut mai mult timp, pînă ce cu toții au înțeles ce rezulta din judecata doctorului, care se manifesta ca un adevărat detectiv.

— Doamne — a șoptit Everham. Aceasta n-o puteți crede în mod serios! El n-a fost la familia Appleton cînd acesta a decedat.

— A fost acolo cu o săptămînă în urmă. Stricnina nu este prea solubilă. În carafa mare cu Porto o parte din otravă nu s-a dizolvat. Cea mai mare cantitate din ea se găsea pe fundul carafei și a durat o săptămînă pînă ce Appleton a băut întregul conținut.

Portal a sărit în sus. Îi tremurau mîinile de emoție.

Dar pentru ce a spart ea carafa — a tipat. De ce, spune-mi!

Quin s-a întors spre Satterthwait.

Dumneata ai o mare experiență a vieții...

Lui Satterthwait îi tremura vocea; în sfîrșit, venise și timpul lui; dintr-o dată nu mai era un simplu spectator.

Iată cum văd eu lucrurile — a început el modest — Doamna Appleton îl iubea pe Derek Capel. Cînd soțul ei a murit, ea a bănuat adevărul. Ca să-l salveze pe omul pe care-l iubea a încercat să distrugă probele împotriva lui. Spera ca, în timp, aceste lucruri se vor mai uita și ea va putea să-și unească viața cu a lui. A rămas însă precaută și a vrut să mențină logodna în secret.

Deodată, de sus, de la parapeț, s-a auzit un oftat adînc, dar nu se mai vedea nimeni acolo. Satterthwait ar fi putut spune cine a oftat, însă avea un sufler de artist și nu voia să distrugă efectul.

Quin a zîmbit.

— Presupun că automobi-

lul meu a fost reparat. Vă mulțumesc, domnule Evesham. Sper că am reușit să fac ceva pentru prietenul nostru.

Cu toții l-au privit îngroziți.

— El a iubit-o atît de mult, încît a fost în stare să facă și o crimă pentru ea. Cînd a crezut că s-a aflat adevărul, văzînd polițistul, și-a luat viața, fiindcă n-a vrut ca bănuiala să cadă asupra ei, a spus Quin.

— Dar fusese eliberată, a menționat Evesham.

— Pentru probe insuficiente. Cred însă că ea se confruntă și acum cu aceste bănuieli, a spus Quin.

Portal s-a prăbușit în fotoliu, acoperindu-și fața cu mîinile.

Quin s-a întors spre Satterthwait:

— Cu bine, domnule Satterthwait.

Satterthwait s-a urcat să închidă geamul căci era tare frig. A văzut cum Quin mergea pe cărare și deodată, din ușa laterală, a fugit spre el o femeie. Au vorbit ceva, cîteva clipe, apoi ea s-a întors în casă.

— Eleanor — a interceptat-o în hol Alex Portal, iartă-mă. Mi-ai spus adevărul, dar pe mine m-a chinuit mereu îndoiala...

Pe Satterthwait îl interesau mult cazurile altor oameni, în același timp însă era un gentleman. Trebuia să închidă fereastra. O închise însă încet, putînd astfel să mai audă frumoasa ei voce.

— Știu că pentru tine a fost un adevărat iad, cum a fost și pentru mine odată. Să iubești și să ai în același timp îndoieli, suspiciuni... Și ce a fost mai rău este că eu îți cunoșteam îndoielile, știam că ți-e frică de mine. Aceasta otrăvea căsnicia noastră. Omul care întîmplător a trecut pe aici — nu știu ce era într-adevăr, medic, psihiatru sau detectiv — m-a salvat. Știi, am crezut că nu mai pot suporta. În această noapte voiam să mă sinucid...

În românește de T. CUTLIC

La mulți ani!

1990

IANUARIE

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

FEBRUARIE

	5	12	19	26
	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	
2	9	16	23	
3	10	17	24	
4	11	18	25	

MARTIE

	5	12	19	26
	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	

APRILIE

L	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	
M	4	11	18	25	
J	5	12	19	26	
V	6	13	20	27	
S	7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29

MAI

	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	
6	13	20	27	

IUNIE

	4	11	18	25
	5	12	19	26
	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	

IULIE

L	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
M	4	11	18	25	
J	5	12	19	26	
V	6	13	20	27	
S	7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29

AUGUST

	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	

SEPTEMBRIE

	3	10	17	24
	4	11	18	25
	5	12	19	26
	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30

OCTOMBRIE

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

NOIEMBRIE

	5	12	19	26
	6	13	20	27
	7	14	21	28
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	
4	11	18	25	

DECEMBRIE

	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	
1	8	15	22	29	
2	9	16	23	30	

ALMANAH REALIZAT DE REVISTA

Sanatatea

Redactor șef: dr. George M. GHEORGHE

Secretar responsabil de redacție: Valeria CHILĂU

Coordonatorii almanahului: Cristian IONESCU și Constantin POPOVICI

Fotoreporter: Nicolae MEDIANU

Coperta: Adrian DRAGOMIRESCU

Prezentarea artistică: Mariana IONESCU

Tiparul executat de Combinatul poligrafic București, comanda 90204



'90

Lei 25